

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 167

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Janvier 1900, à 1 heure.

Par MAURICE LAROCHE -

Né à Périgueux, le 4 juin 1869

Ancien interne des hôpitaux de Paris

(Enfants-Malades, Charité, St-Louis, Maternité de la Charité)

Membre correspondant de la Société Anatomique

COMMENT TRAITER

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ?

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges { MM. DEJERINE, agrégé.

WURTZ et WIDAL, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Janvier 1900, à 1 heure.

Par MAURICE LAROCHE

Né à Périgueux, le 4 juin 1869

Ancien interne des hôpitaux de Paris

(Enfants-Malades, Charité, St-Louis, Maternité de la Charité)

Membre correspondant de la Société Anatomique

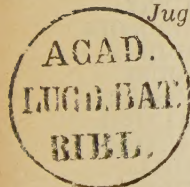
COMMENT TRAITER

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ?

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges { MM. DEJERINE, agrégé.
WURTZ et WIDAL, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLIAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en doit donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage de respectueuse affection.

A LA MÉMOIRE DE

MM. HANOT ET TERRILLON

Professeurs agrégés à la Faculté.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

COMMENT TRAITER

LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ?

CHAPITRE PREMIER

Préliminaires.

L'histoire de la péritonite tuberculeuse ne remonte guère qu'à Grisolles. C'est lui, qui, dans son traité de pathologie interne, établit le premier une distinction, fit un chapitre spécial « des péritonites chroniques ». Il y fait rentrer, il est vrai, la péritonite cancéreuse, mais avec une division nette entre elle et la péritonite tuberculeuse, et sa symptomatologie se rapporte uniquement à cette dernière.

C'est donc vers cette époque, c'est-à-dire il y a quarante ans à peine, que débute le traitement de la péritonite tuberculeuse, en tant que maladie constituée. C'est alors une affection médicale, une inflammation que l'on traite comme telle par des révulsifs. Mais c'est aussi, dans la pensée de Grisolles, une affection générale, une infection, comme nous disons actuellement, qu'on doit combattre en soutenant l'organisme, d'où l'indication des toniques. Ajoutons enfin les traitements symptomatiques si variés contre la diarrhée, la douleur, etc.

Cependant, la chirurgie entrait déjà dans une voie nouvelle,

et la terreur des anciens pour les séreuses s'effaçait lentement. On avait fait des laparotomies pour des tumeurs bénignes, des kystes de l'ovaire, par exemple. Un jour, en 1862, Spencer Wells, après avoir commis une erreur de diagnostic, trouve, au lieu du kyste de l'ovaire attendu, une péritonite séreuse avec granulations sur toutes les parois de la cavité. A sa grande stupéfaction, la malade, non seulement supporta bien l'opération, mais reprit rapidement des forces, et parut guérir. L'observation ne fut publiée que beaucoup plus tard, alors que, depuis vingt-sept ans, la malade avait recouvré une santé parfaite.

Ce fait n'était pas encore connu, qu'un certain nombre de chirurgiens étaient déjà intervenus dans des cas de péritonite tuberculeuse. Ce fut d'abord, comme Spencer Wells, à la suite d'erreurs de diagnostic ; puis devant des résultats inespérés, quelques-uns (Kœnig) s'enhardirent, et, de propos délibéré, rangèrent la tuberculose du péritoine au nombre des tuberculoses justiciables d'un traitement chirurgical, au même titre que la tuberculose des os, des articulations, etc.

Il faut bien dire que dans l'intervalle, les connaissances que l'on possédait sur cette affection s'étaient précisées.

L'anatomie pathologique du tubercule avec Villemain, la découverte du bacille pathogène avec Koch avaient permis de donner plus de certitude aux observations cliniques des chirurgiens. De péritonite chronique, elle était devenue péritonite tuberculeuse, laissant ainsi en dehors d'elle, et les péritonites cancéreuses, et les péritonites chroniques sans dénomination ; rares du reste, celles-là, très rares même, et qui tendent à disparaître de la nomenclature, à mesure que les moyens de déceler la tuberculose deviennent plus précis. Des travaux, des thèses, avaient vu le jour, dans lesquels on étudiait l'anatomie pathologique et les symptômes de cette affection. En même temps que la thèse de Boulland (1885) paraissait la thèse d'agrégation de Truc (1886). La première classait la tuberculose péritonéale au nombre des affections bien déterminées ; elle lui assignait des

formes nettes, que nous considérons actuellement encore comme exactes ; elle l'assimilait en somme absolument à la tuberculose pulmonaire, comme nous le verrons bientôt. La seconde s'occupait du traitement chirurgical, et réunissait onze cas de laparotomie.

A dater de ce jour, les observations se multiplient. Les chirurgiens, encouragés par cette statistique, sortent de leurs archives les cas déjà opérés et en recherchent d'autres. Aussi voit-on se succéder les travaux de Kümmel en 1887, Maurange, Ceccherelli en 1889, Kœnig, Pic en 1890, Elmassian, Mathis en 1891, enfin la thèse d'Aldibert en 1892 et la revue générale de Rœrsch en 1893, qui réunit 358 opérations pour péritonite tuberculeuse. Nous n'énumérerons pas la suite de communications ou de thèses diverses portant sur des points particuliers de la question, et que l'on pourra rechercher dans la bibliographie. Presque toutes les observations se résumaient ainsi : on incise la paroi ; on trouve un péritoine, ou bien rempli de liquide, ou bien farci de granulations, ou bien adhérent de toutes parts, avec ou sans kystes hématiques et suppurés. Les uns lavent alors avec soin les parties infectées ; d'autres, voulant agir plus activement, prodiguent les antiseptiques sur les points ulcérés ; d'autres enfin, plus timorés, se contentent de suturer immédiatement. Nous aurons à voir, dans le chapitre du traitement chirurgical, quel est le *modus faciendi* qui nous semble préférable.

Or ces malades guérissaient pour la plupart, et un certain nombre de médecins se demandèrent alors pourquoi une laparotomie simple, exploratrice, avait une telle action sur l'évolution de la maladie.

Les uns, voyant les grands succès obtenus par l'évacuation des ascites, mais constatant que la ponction évacuatrice simple ne donnait pas les mêmes résultats, attribuèrent la supériorité de la laparotomie à la possibilité de laver le péritoine, d'enlever les fausses membranes. M. Debove publiait ainsi en 1890 un cas de ponction avec lavage du péritoine à l'eau boriquée. Ce

fut une méthode préconisée également par Riva, par Caubet et Baylac.

Mais du moment que l'on cherchait à agir directement sur le péritoine, pourquoi ne pas agir énergiquement avec des produits, non pas antiseptiques (on ne peut prétendre aseptiser le péritoine dans son entier), mais caustiques, agissant comme le chlorure de zinc sur les articulations tuberculeuses ? On proposa donc, après évacuation incomplète du liquide, d'injecter du sublimé (Maurange), de l'éther iodoformé (Truc), du naphthol camphré (Rendu, du Cazal, Catrin), de l'eau phéniquée (Monnier), de la vaseline iodoformée (Beck), et l'expérience prouva que le péritoine supportait bien ces applications topiques.

Cependant, ces observations n'avaient pas convaincu tout le monde. On cherchait à découvrir le processus intime de guérison par la laparotomie. Vassilevsky, Stehegoleff, Gatti, etc., dans des expériences sur les cobayes, les lapins et les chiens, étudiaient les phases de disparition des tubercules après la laparotomie ; phases, qui, au point de vue clinique, ressemblaient absolument à celles de la guérison chez l'homme. Ces travaux prouvaient, en outre, que les lavages, les attouchements antiseptiques étaient inutiles, sinon nuisibles.

Il fallait donc expliquer autrement que par leur action les résultats obtenus, et on en vint alors à supposer que l'action directe de l'air atmosphérique sur le péritoine était le grand facteur de la guérison. Mais alors, pourquoi chloroformer et laparotomiser un malade ? Il est bien plus facile de lui injecter dans le péritoine, après évacuation de l'ascite, de l'air stérilisé. Mosetig Moorhof fut le premier à intervenir ainsi. Puis Follet, Duran de Barcelone, etc., publièrent des faits semblables, auxquels MM. Teissier et Bergonié vinrent ajouter des expériences de laboratoire concordantes. Plus tard on a cherché quel était celui des deux gaz principaux de l'atmosphère, qui agissait sur la séreuse ; d'où des injections d'azote, d'oxygène, ou de gaz chargés de vapeurs médicamenteuses.

Nous trouvons donc toute une série de traitements variés, qui du reste découlent tous d'un même principe : aider l'organisme à guérir spontanément, favoriser son action et l'accroître, s'il est possible. Car la péritonite tuberculeuse guérit parfois seule, nous le verrons, ou tout au moins sous l'influence d'un traitement général, sans aucune action directe sur le péritoine.

Ainsi, des méthodes thérapeutiques, aussi variées que nombreuses, ont donné des résultats satisfaisants. Faut-il en conclure que leur valeur est égale, et que toute péritonite tuberculeuse est justiciable de l'un quelconque de ces procédés, au choix du médecin et du malade ? Non, sans doute ; tel malade guérira presque sûrement par une laparotomie, sur lequel d'autres traitements, même énergiques, avaient pourtant été essayés. Il nous faut donc, avant de commencer notre étude sur les différents traitements de la péritonite tuberculeuse, la connaître, dans ses modalités cliniques. Ceci fait, nous pourrons passer à la description des différentes méthodes, et voir quels sont les cas malheureux, quelles sont les complications que chaque forme nous présente.

En première ligne, nous verrons les guérisons spontanées, ou suites d'un traitement médical.

Nous arriverons ensuite au traitement chirurgical et à ses succédanés. La laparotomie, soit abdominale, soit vaginale, nous fournira du reste les observations les plus nombreuses.

Nous passerons ensuite en revue les ponctions avec injection dans le péritoine de liquides modificateurs, et nous arriverons aux ponctions suivies d'injections gazeuses.

Enfin, nous ne serions pas modernes si nous ne parlions de l'action des rayons Röntgen, que nous réservons pour le dernier chapitre.

Il nous restera alors, armé de toutes nos observations, à rechercher le processus de la guérison, et à tirer enfin les conclusions que nous aura suggérées notre étude.

CHAPITRE II

Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse.

La péritonite tuberculeuse, sans être rare, ne peut pourtant point être considérée comme très fréquente. Nous présenterons comme indice quelques chiffres. Sans doute ces chiffres ne sont pas rigoureusement exacts : d'un côté, les diagnostics inscrits sur les feuilles de sortie des malades portent parfois « péritonite » alors qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse ; d'autre part, les règlements administratifs font ranger la tuberculose mésentérique, le carreau, dans la « péritonite tuberculeuse » : d'où deux causes d'erreur dans les relevés officiels. Les mêmes causes d'erreur existent sans doute dans d'autres pays. Quoi qu'il en soit, nous avons relevé au hasard les rapports sur deux années consécutives (1894 et 1895) de l'hôpital Saint-Barthelémy de Londres, et les relevés officiels de l'hôpital de la Charité à Paris en 1895, 1896, 1897 et 1898.

Sur 4,000 malades environ, les relevés de Saint-Bartholomew's Hospital nous donnent 12 péritonites tuberculeuses en 1894 et 11 en 1895.

A la Charité, nous avons trouvé :

En 1895....	13	péritonites tuberculeuses sur	8,108	malades	
— 1896....	6	—	—	7,283	—
— 1897....	10	—	—	8,014	—
— 1898....	11	—	—	8,481	—

Ainsi, cette maladie est peu fréquente ; mais il ne doit guère exister de service, même peu actif, où l'on ne voie passer par an deux, trois ou quatre malades de la sorte.

Avant d'aller plus loin, il nous semble indispensable de passer en revue les symptômes principaux de cette affection, et de décrire ses différentes modalités cliniques.

Grisolle n'avait reconnu, ou du moins décrit, qu'une seule forme, correspondant à peu près à ce que Boulland désigna plus tard sous le nom de forme ulcéreuse. C'est ce dernier auteur qui donna le premier une division nette et précise, trop nette même peut-être, en trois formes qu'il qualifia de miliaire aiguë, chronique ulcéreuse, chronique fibreuse.

Dans les différents travaux qui suivirent, cette division fut généralement acceptée. Pic pourtant, et surtout Aldibert voulurent établir des subdivisions pour les besoins de leurs statistiques. Nous ne croyons pas devoir les suivre dans cette voie. Il nous semble que Boulland est dans le vrai, et que les trois formes indiquées par lui correspondent bien à la réalité des faits, et se présentent comme assez distinctes, pour que nous puissions étudier sur elles les différents traitements que nous passerons en revue.

Tuberculose miliaire. — Il nous faut d'abord établir que cette tuberculose est rarement péritonéale pure. Il est peu fréquent, en effet, que l'infection bacillaire aiguë se localise à une des séreuses; elle affecte la forme de granulie, et la localisation péritonéale n'est qu'un des épisodes de la maladie. De cette granulie, nous n'avons cure. Nous nous attachons uniquement aux quelques cas où la localisation sur le péritoine est la seule, ou tout au moins la principale raison de la maladie.

Au point de vue anatomique, cette forme est caractérisée par l'apparition sur le péritoine d'innombrables granulations petites, grisâtres, les unes profondément enchâssées dans la paroi, et représentant une thrombose artérielle; les autres, comme semées sur la séreuse, et formées d'une cellule géante, entourée de cellules épithéliales. Puis se forment bientôt des exsudats fibrineux, qui parfois se transforment en une exsudation séreuse, une ascite, flottant librement dans l'abdomen.

Cliniquement, la maladie débute, assez brusquement parfois, par des vertiges, des malaises, de l'anorexie, de l'asthénie. Tantôt, ce sont les troubles dyspeptiques qui dominent : il y a quelques vomissements, de la diarrhée profuse ; le ventre se ballonne ; la température s'élève, assez irrégulière toutefois ; le poulx s'accélère, le ventre est un peu sensible à la palpation ; on pourrait penser à une dothiéntérie. Tantôt, il semble que l'on ait affaire à une crise d'appendicite : vomissements, constipation, sensibilité du flanc droit, discordance entre le poulx et la température, facies péritonéal peuvent faire hésiter sur la nécessité d'une intervention immédiate. Parfois enfin, il n'existe qu'une réaction péritonéale infime ; ce sont les phénomènes généraux qui dominent, et le diagnostic reste en suspens jusqu'au dernier jour.

Le plus souvent, au bout de quelques jours d'attente, ce diagnostic se dessine. Au milieu des phénomènes généraux graves, communs à toutes les grandes infections, la localisation péritonéale se précise. La douleur, sourde le plus souvent, se manifeste dans les fosses iliaques, assez pénible pour causer une légère dyspnée. Le ventre se ballonne, devient chaud, sensible à la pression ; cette sensibilité n'est pas péritonéale exclusivement, elle est également cutanée. Plus tard, ce ballonnement pourra faire place à une ascite jamais enkystée, rarement abondante, donnant lieu par suite à une matité mobile, que l'on trouvera toujours dans les parties déclives ; ou bien les granulations, les fausses membranes flottant les unes sur les autres produiront des froissements, des crépitations perceptibles à la fois par le malade et le médecin.

Presque toujours mortelle, la terminaison de la maladie se fait en quelques semaines, dans la cachexie, avec du purpura, des hémorrhagies multiples, de la diarrhée, des eschares.

Il est bien rare, du reste, de ne pas constater à cette époque des congestions passives de la base du poumon, et surtout des réactions pleurales plus ou moins intenses.

Forme caséuse ou ulcéreuse. — C'était la forme la mieux connue des anciens, la forme type de Grisolle: « Le plus souvent, il n'existe point ou peu d'épanchement liquide. La paroi abdominale antérieure déformée, tantôt aplatie, le plus souvent saillante, adhère intimement à l'épiploon et à l'intestin grêle. » En effet, ce qui frappe, soit dans les laparotomies, soit dans les autopsies, c'est la disparition de la cavité abdominale; nous en verrons, en passant, plusieurs observations. Il est impossible d'arriver à ouvrir le péritoine. Si on découvre un point non adhérent, on pénètre dans une petite cavité fongueuse, à parois friables, très vasculaires, de coloration rouge ou jaunâtre, couverte de granulations, de masses caséuses; de petits abcès, laissant suinter un pus séreux ou sanguinolent. A-t-on affaire à de l'épiploon, à de l'intestin, à de fausses membranes? On ne peut s'y reconnaître. Si on cherche à libérer ces adhérences, on déchire l'intestin, ou bien l'on ouvre une nouvelle cavité purulente. Il semble que l'abdomen soit formé d'une vaste éponge pleine de pus caséux, dont les alvéoles sont circonscrits par l'intestin, les fausses membranes et l'épiploon.

Les lésions de déchirure, que produit le chirurgien en cherchant à libérer les adhérences, peuvent se produire spontanément. Les hémorragies par ulcération de gros vaisseaux ont été signalées; plus souvent c'est l'intestin qui se perfore; l'abcès pyo-stercoral, s'ouvrant à l'extérieur, et le plus souvent à l'ombilic, devient l'origine d'une fistule interminable.

Si, dans un cas moins accentué, on arrive à distinguer les organes, on voit que l'épiploon est très épaissi, mais ratatiné, ainsi que le mésentère, le long du rachis, et infiltré de masses caséuses.

Tous les organes sous-séreux, foie, rate, organes génitaux, participent à la lésion, et il est des cas où ils semblent seuls atteints. Il existe, en effet, des péritonites tuberculeuses localisées; assez souvent, le cæcum, l'appendice sont le point de

départ de cette affection. Mais, parmi les péritonites localisées, il n'en est pas de plus fréquentes que celles qui atteignent les organes génitaux de la femme ; il n'en est guère, non plus, qui soient plus difficiles à découvrir. Souvent même, la péritonite généralisée a eu son point de départ dans le petit bassin, et nous verrons que parfois une péritonite tuberculeuse guérie a récidivé, plusieurs années après, sous la forme de pelvi-péritonite (observations 16 et 27).

Un début lent, insidieux ; de vagues douleurs abdominales ; quelques troubles digestifs sans détermination nette ; une fièvre légère, et surtout un affaiblissement rapide sont généralement les premiers symptômes de l'affection. Il est fréquent de la voir survenir au cours d'une tuberculose intestinale, ou d'une maladie annexielle à diagnostic hésitant au début, mais que l'évolution de la maladie décèle ensuite comme tuberculeuse. Peu à peu, les troubles digestifs s'accroissent ; les vomissements, la diarrhée alternant avec la constipation deviennent plus opiniâtres ; les malades maigrissent, pâlisent, et si la tuberculose pulmonaire n'existait déjà, elle ne tarde pas à apparaître. La fièvre s'allume, toujours irrégulière, et le malade meurt dans l'hecticité et la cachexie.

A l'examen, le ventre du malade est parfois irrégulier ; il est gros, tendu, avec une circulation collatérale développée d'une façon variable. La palpation, la percussion sont douloureuses ; des zones de matité, irrégulièrement arrondies, alternent avec des zones de sonorité. S'il y a du liquide, c'est toujours dans de petites cavités qu'il est contenu, et la fluctuation se sent à peine. Tout autour de cette cavité, on trouve des masses, adhérant à la paroi et la soulevant, de consistance pâteuse parfois, souvent aussi dure, solide ; et, si la quantité de liquide est faible, on sent, en déprimant la paroi, de nouvelles masses dures dans la profondeur. Les poches, presque toujours purulentes, tendent à s'ouvrir à la paroi, surtout vers l'ombilic qui, chez l'enfant, est leur point de prédilection, et donnent lieu à des fistules. Souvent

aussi, une double ouverture, intestinale et pariétale, donne lieu à une fistule pyo-stercorale, qui n'a guère de chance de se terminer qu'avec la vie du malade.

Forme fibreuse. — Seule forme qui tende spontanément vers la guérison, elle peut être ascitique durant son évolution; ou bien, soit primitivement, soit après une période d'épanchement résorbé spontanément, elle peut être sèche et fibreuse.

L'ascite, qui est un des premiers symptômes, est en général abondante, assez mobile dans la grande cavité, séreuse avec quelques flocons blanchâtres, parfois hémorrhagique, séro-purulente, et même très rarement franchement purulente.

L'irritation, qui donne lieu à cette réaction séreuse, est produite par un semis de granulations qui couvrent l'intestin, aussi bien que la paroi, l'épiploon, etc. Ces granulations sont sous-séreuses, et d'abondance variable.

Quand l'épanchement se résorbe, les noyaux tuberculeux se créfient, ou se sclérosent, diminuent de volume, et disparaissent. Mais leur cicatrisation amène des adhérences, des rétractions, qui étouffent les tubercules résistants, enkystent et résorbent ensuite les petits abcès caséux. Par contre, cette réaction scléreuse peut dépasser le but. Utile d'abord, elle devient parfois gênante, dangereuse; elle accole les anses intestinales, atrophie et durcit l'épiploon, qui ressemble à une corde tendue devant le paquet intestinal, attire l'ombilic. Puis, enserrant l'intestin, elle le coude, le rétrécit, amène enfin des obstructions intestinales, ou des gênes considérables de la circulation.

Cliniquement, le début est le même que dans la forme précédente, c'est-à-dire très lent, avec peu de phénomènes généraux et locaux. Un peu d'amaigrissement, d'inappétence; quelques troubles digestifs vagues, un peu de constipation, avec une température atteignant à peine 38°, semblent seuls indiquer le début; ces troubles fonctionnels ne deviennent du reste jamais bien intenses au cours de la maladie. Seulement, le ventre grossit, se ballonne; puis, peu à peu, la sonorité fait place à une matité

légère dans les fosses iliaques. L'ascite apparaît ; elle s'accroît lentement, parfois d'un seul côté, simulant une tumeur ovarienne, parfois répandue dans tout l'abdomen, et de mobilité très variable. Plus tard, l'ascite diminue ; le ventre s'affaisse ; il se produit autour de l'ombilic une masse, pâteuse d'abord, puis dure, formée par l'épiploon. Les mouvements de la paroi ne sont pas douloureux ; mais ils produisent parfois des froissements perceptibles à la main et à l'oreille. Lentement la souplesse reparait, le ventre revient à son état normal, l'état général s'améliore.

La marche n'est pas toujours aussi favorable. Ou bien la rétraction fibreuse s'exagère, donne lieu à des phénomènes de compression, et le malade meurt d'urémie, d'obstruction intestinale, etc. ; ou bien l'affection se transforme, la caséification des tubercules n'est pas arrêtée par le processus scléreux, de nouvelles poussées se produisent, et nous retombons dans la forme précédente, presque toujours mortelle.

Quelle est la proportion de ces différentes formes ? Il est assez difficile de le savoir ; il faudrait, pour cela, chercher tous les malades soignés dans un hôpital pendant des années, et avoir de chacun une observation complète. Cela ne peut se faire. Nous sommes obligé de nous en rapporter aux statistiques fournies par les chirurgiens. Elles ne comprennent naturellement pas les cas qui n'ont pas été opérés ; c'est-à-dire les cas bénins, à guérison spontanée, et les cas très graves, où toute intervention est inutile, soit en raison de l'état général, soit à cause de la lésion locale.

En réunissant les statistiques d'Aldibert et de Rœrsch, et en supprimant les cas sans renseignements, et ceux qui sont rangés par Aldibert sous la classification tuberculose ganglionnaire, tuberculose génitale, nous trouvons 4 tuberculoses miliaries, 26 tuberculoses ulcéreuses, et 233 fibreuses. Nous croyons que ces proportions ne sont pas exactes, et nous regrettons qu'il ne nous ait pas été possible de donner une statistique approchant plus de la vérité.

Si nous avons adopté la classification de Boulland, ce n'est pas seulement parce qu'elle nous paraît plus commode pour notre étude, c'est encore parce qu'elle établit une analogie avec la tuberculose des autres organes, du poumon en particulier. A la forme miliaire péritonéale, correspond la miliaire aiguë pleuro-pulmonaire. A la forme ulcéreuse, correspond la phtisie chronique commune. A la forme fibreuse, correspond enfin cette tuberculose lente, guérissable, à poussées congestives, que l'on trouve chez les emphysémateux, chez les artérioscléreux, chez tous les arthritiques enfin.

C'est qu'il n'est pas indifférent, pour le malade devenu tuberculeux, d'être ou non sous l'influence d'une autre maladie. Deux choses importent, en effet, dans l'infection tuberculeuse, la résistance du sujet, et la virulence de l'agent infectieux. Des nombreuses expériences qu'a suscitées la péritonite tuberculeuse, il ressort ceci : que l'expérimentateur peut, dans une série d'animaux, produire à volonté telle ou telle forme de péritonite. S'il injecte des produits virulents, ou des quantités considérables de produits toxiques (crachats), il obtient la tuberculose miliaire aiguë. Si, au contraire, il injecte des cultures en émulsion légère, surtout des cultures vieilles, il obtient une tuberculose atténuée, que la constitution du sujet en expérience laissera évoluer vers la caséification et l'ulcération, ou ramènera à la forme fibreuse.

Des faits plus intéressants ont été montrés par Lévi-Sirugue : c'est que, si l'on injecte des bacilles tués, ou des toxines tuberculeuses, on obtient des réactions identiques à celles produites par des bacilles vivants. Mais, une fois la première réaction passée, le sujet peut guérir spontanément ; ou si l'on guérit ses premiers troubles réactionnels, le sujet reste guéri, et Lévi-Sirugue émet alors l'opinion que peut-être c'est à des bacilles morts qu'il faut attribuer les péritonites tuberculeuses, et en particulier les formes ascitiques, dont nous verrons la bénignité.

CHAPITRE III

Traitements médicaux.

Avant de procéder à l'étude des différents traitements employés contre la péritonite tuberculeuse, il est bon de voir d'abord si ces traitements sont utiles, et dans quelle mesure. Il nous faut pour cela rechercher le pronostic de la maladie.

Pour les premiers auteurs qui se sont occupés de l'affection, le pronostic est des plus sombres. « Elle se termine presque nécessairement par la mort, après une durée qui varie entre deux mois et deux ans », dit Grisolles. Il croit pourtant avoir vu guérir deux ou trois malades, dont un seul ayant des lésions pulmonaires, et c'est ce malade qui est le sujet de l'observation rapportée depuis dans nombre de thèses. Nous ne faisons que la rappeler, comme un cas de guérison par des soins médicaux (vésicatoires, fortifiants, etc.).

Cette opinion est encore soutenue dans la thèse de Dresch, en 1878, qui, en dehors du cas de Grisolles et de celui de Spencer Wells, cite un troisième malade, dont le traitement n'est pas connu, guéri d'une tuberculose péritonéale à forme fibro-adhésive.

Boulland réagit contre cette opinion, et termine son travail par les conclusions suivantes :

« La forme miliaire est d'un pronostic très grave par elle-même et à cause des complications.

« Dans la forme ulcéreuse, on peut agir ; mais elle est grave, parce qu'elle est fréquente chez des cachectiques, parce que les ulcérations amènent de nombreuses complications ; elle peut parfois guérir par transformation calcaire ou fibreuse.

« Le pronostic de la forme fibreuse n'est grave que chez les malades déjà épuisés, ou lorsque l'exagération de la sclérose comprime les viscères, ou lorsqu'il survient des complications pulmonaires. »

Ainsi, pour Boulland, les formes même très graves peuvent guérir.

En réunissant les observations de Boulland et de Pic, Bourrigault, en 1894, trouve que dans 17 p. 100 des cas il y a amélioration ou guérison ; mais l'avenir des malades reste inconnu.

Il est peut-être difficile d'accorder une grande valeur aux statistiques. Cependant, nous avons voulu savoir quel était le pourcentage des décès par péritonite tuberculeuse. A cet effet, nous nous sommes servi des statistiques, citées plus haut, de l'hôpital Saint-Barthelemy de Londres, et de la Charité de Paris.

En 1894, Saint-Barthelemy a reçu 12 péritonites tuberculeuses dont 6 sont mortes, et, en 1895, 11 malades dont 5 sont morts ; ne sont pas compris dans ce chiffre les malades traités chirurgicalement.

A la Charité, nous avons trouvé : en 1895, 13 cas dont 5 morts ; en 1896, 6 cas dont 5 morts ; en 1897, 10 cas dont 5 morts ; en 1898, 11 cas dont 4 morts. Soit au total 40 cas dont 19 morts, c'est-à-dire 50 p. 100 environ.

Nous n'en concluons pas que les autres malades, à leur sortie de l'hôpital, étaient tous guéris. Combien en effet, parmi eux, au cours d'une affection longue et douloureuse, abandonnent le service, où ils sont soignés, pour aller chercher ailleurs des soins identiques, mais qu'ils supposent meilleurs ! Il faut donc penser que ces chiffres nous donnent une mortalité trop faible ; mais ils témoignent que la péritonite tuberculeuse peut guérir. Que cette guérison soit absolument spontanée, non sans doute, bien que l'observation II semble le prouver ; mais elle se produit sans que l'on intervienne directement sur la lésion, comme nous le verrons plus loin dans la laparotomie et ses succédanés.

Nous allons donc étudier les observations de malades ayant guéri sous l'influence d'un traitement reconstituant administré seul, ou accompagnant des révulsions locales et le traitement des symptômes. Nous y joindrons deux observations un peu particulières de Kirmisson et de Guidotti.

OBSERVATION 1. — DESTERNES. *Soc. méd.-chir.*, 18 avril 1898.

Malade ayant débuté par des phénomènes d'appendicite, avec empatement dans la fosse iliaque droite, qui gagne peu à peu toute la région sus-pubienne. Au bout d'un mois, la résolution avait commencé, laissant encore des masses indurées dans les fosses iliaques. M. Achard, qui le vit alors, diagnostiqua : péritonite chronique avec adhérences et reliquats caséeux.

Quelques jours après, évacuation d'un demi-litre de pus par la vessie, et peu de temps après, issue de pus par le rectum. On prescrit des lavements chauds boriqués, du salol, du benzonaphtol, et on pratique des injections de 1 gr. de gafacol, d'abord tous les deux jours, ensuite tous les trois jours.

Cinq mois après le début, le malade est en bon état, le pus a disparu des selles, mais il persiste de l'entéro-colite. Le ventre, souple est encore empâté à droite, où l'on sent des ganglions; mais l'empatement prévésical a disparu.

OBSERVATION 2. — VARIOT. *Journ. de clin. infant.*, 22 novembre 1893.

Une enfant de 9 ans, vue par M. Comby, avait le ventre gros, avec de l'ascite; le foie, la rate, étaient gros et indolores. Après un traitement reconstituant de quelques mois, l'enfant disparaît pendant un an. Revue à ce moment, elle est méconnaissable. Malgré l'absence de tout traitement local et général, malgré les conditions hygiéniques, évidemment défavorables, d'un milieu ouvrier, l'enfant n'avait conservé de son affection qu'un peu de pâleur et de faiblesse. Le ventre était devenu absolument souple et indolore.

OBSERVATIONS 3, 4 et 5. — THOMAS. *Journ. des Praticiens*, 1896.

I. — Enfant de 11 ans; a eu une pleurésie il y a six mois, puis de l'adéno-pathie bronchique, puis des douleurs abdominales, de l'anorexie, de la fièvre sans vomissements. Un peu de pleurite gauche. Abdomen gros, douloureux, mat dans les parties déclives, sans fluctuation; on sent un peu de rénitence, et autour de l'ombilic un gâteau épiploïque.

Traitement : lavements de 150 grammes d'huile de foie de morue, contenant d'abord 0 gr. 50, puis 1 gr. 50 de créosote. Au bout de trois mois, le ventre a diminué; le gâteau épiploïque a disparu, laissant place à des crépitations sèches senties à la main. Les poumons sont normaux. Après un séjour au bord de la mer, l'état général et local est devenu bon.

II. — Enfant de 7 ans. Pléurésie sèche de la base droite, souffle bronchique à gauche. Ventre ballonné, empâté; anses intestinales agglutinées.

Pendant deux mois, on fait prendre un lavement contenant 1 gramme de créosote. Le ventre devient souple, il n'y a plus d'empatement; les poumons sont améliorés, sauf que la pleurésie sèche persiste à droite. En quatre mois l'enfant a augmenté de 4 kilogrammes.

III. — Homme de 18 ans, qui est malade depuis sept mois. Depuis quelques jours, il a souffert de diarrhée, puis de constipation; le ventre s'est ballonné, puis rempli de liquide, et est devenu très gros, mais indolore. Il n'y a pas de fièvre. Au sommet gauche, respiration rude avec craquements. Épanchement remontant à la pointe de l'omoplate du côté gauche, et un peu plus haut du côté droit.

On fait une ponction exploratrice, et on inocule à un cobaye 20 centimètres cubes de l'épanchement; l'inoculation ne donna pas de résultat. On donne des lavements contenant 0 gr. 50 d'abord, puis 1 gramme de créosote. L'ascite diminue rapidement; on sent des froissements sous la main.

Au moment du départ du malade, le ventre et la plèvre sont redevenus normaux. Seul le sommet gauche reste inquiétant.

OBSERVATION 6. — PEGURIER. *Nouv. Montpellier. médic.*, 1895.

Homme de 22 ans, bons antécédents, entré à l'hôpital le 22 septembre. Il a maigri depuis trois semaines, et ressent des coliques, de la diarrhée, de l'anorexie, une soif vive, une malaise général. Il est pâle, la langue blanche. Température 37°,8. L'abdomen est normal, non douloureux. Mais rapidement il devient proéminent, tendu, sensible; le malade s'amaigrit, est constipé; il prend un faciès terreux, toujours sans fièvre ni vomissements.

Puis on découvre dans toutes les parties déclives une matité qui ne se déplace pas; le reste de l'abdomen est tympanisé; le poumon, le foie, la rate sont normaux. On place des vésicatoires dans la région sous-ombilicale. L'état reste stationnaire.

Comme il y a peu de liquide, et que l'auteur n'ose ponctionner, de peur de léser l'intestin, il a recours au naphthol camphré en lavements (0 gr. 20).

Quatre jours après, la diarrhée, tenace depuis quelque temps, cesse, et l'abdomen diminue. Un mois de ce traitement amène une amélioration considérable, et le malade sort de l'hôpital encore maigre, mais ayant un bon appétit et des selles régulières. L'abdomen a repris son volume normal; il n'y a ni douleur, ni tympanisme, ni épanchement.

OBSERVATION 7. — MERKLEN. *Soc. méd. hôpit.*, 20 décembre 1895.

Jeune fille, bons antécédents, est prise de météorisme sans cause. Trois mois après, un peu de matité du côté gauche du ventre. On diagnostique kyste de l'ovaire.

Laparotomie : on trouve de gros tubercules, surtout dans le petit bassin; on badigeonne avec de la liqueur de Van Swieten. Suites bonnes, mais récidive rapide.

On envoie alors la malade à la mer durant quatre mois. Au bout de six semaines, on est obligé de ponctionner, et on retire quinze litres de liquide. Ce fut la fin; la santé se remit. On a continué de longs séjours à la mer et, depuis deux ans, la guérison complète s'est maintenue.

OBSERVATION 8. — SIREDEV. *Soc. médic. hôpit.*, 20 décembre 1895.

Femme de 21 ans qui, depuis le mois d'août 1895, a eu des douleurs vives sous-ombilicales. Le ventre a grossi; on sent un empâtement diffus dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique, avec du liquide dans les parties déclives, assez mobile. Induration du sommet droit. Sueurs, amaigrissement, fièvre légère, alternatives de diarrhée et de constipation.

Pendant la première quinzaine d'octobre, il y eut accroissement rapide de l'épanchement et de la douleur. Comme traitement, liniments opiacés, pilules de scille, scammonée, etc.

Puis, sans raison, l'ascite semble diminuer, les anses intestinales sont moins tendues, les douleurs s'apaisent. Un mois après son entrée à l'hôpital, il ne reste plus qu'un peu de liquide dans les parties déclives. On sent encore un peu d'empâtement et de sensibilité dans quelques points de l'abdomen. La fièvre a disparu et l'amélioration semble bien définitive.

OBSERVATION 9. — SEVESTRE. In thèse ALLEAUME.

Enfant de 8 ans, présentant du tympanisme dans tout l'abdomen, sauf dans la fosse iliaque gauche et le flanc droit où la palpation, assez douloureuse, fait sentir une résistance anormale. Il y a de la circulation collatérale.

Le traitement s'est composé de : teinture d'iode, pointes de feu, huile de foie de morue, glycérine créosotée.

Cet enfant, revu quatre ans après, ne présentait aucun vestige de péritonite et ses poumons étaient restés sains.

OBSERVATION 10. — FENWICK and BUCKLEY BOGSON. *Brit. med. journ.*,
3 octobre 1891.

Un enfant de 9 ans, amaigri, présente une ascite considérable, qui s'accroît régulièrement. État général presque désespéré. Pas d'autre tuberculose viscérale.

Une première ponction donne cinq litres de liquide trouble; deuxième

ponction trois jours après ; puis, quatre autres ponctions en un mois. En même temps, calomel et digitale.

Les urines deviennent plus abondantes, l'ascite se résorbe. La santé générale se rétablit rapidement, et l'enfant part, guéri en apparence, deux mois et demi après la première ponction.

OBSERVATION 11. — Due à l'obligeance de mon collègue LEFAS.

Homme de 21 ans, entre le 23 mai 1899 dans le service de M. Moutard-Martin, avec des phénomènes qui font d'abord porter le diagnostic de fièvre typhoïde. Il est malade depuis huit jours. Quelques jours après son entrée, il a des nausées, quelques vomissements. Le ventre se ballonne fortement, et il semble qu'on ait une légère sensation de flot. En même temps, les bruits du cœur s'assourdissent ; le malade s'affaiblit, prend un facies péritonéal, avec pouls petit et fréquent. Les douleurs abdominales deviennent de plus en plus vives.

Le 3 juin, une ponction retire 1 lit. 600 de liquide jaune citron ; on applique des pointes de feu sur le ventre.

Le 12, l'état abdominal s'est amélioré, mais il se produit un léger épanchement pleural gauche. Pendant les mois de juin et juillet, l'état est resté stationnaire. Le malade se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque gauche. On sent de ce côté une bride oblique, dure, et le réseau veineux de ce côté est dilaté dans le triangle de Scarpa. Quelques jours après, on sent une autre bride du côté droit. On continue la révulsion des deux côtés.

Enfin, le malade sort dans le courant d'octobre. Il ne souffre plus, il a engraisé ; mais on sent encore à gauche des gâteaux péritonéaux.

A aucun moment on n'a trouvé de lésions pulmonaires.

OBSERVATION 12. — Due à l'obligeance du Dr EMILE BOIX, chef de laboratoire à la Charité.

Jeune fille de 19 ans. Antécédents excellents, jusqu'au commencement de 1897, où elle contracte une pleurésie. A la suite, elle commence à souffrir du ventre. Examinée en juillet 1897, on trouve un facies pâle, terreux ; amaigrissement et perte absolue des forces ; fièvre légère le soir ; pouls petit, fréquent. Les règles manquent depuis quelque temps et, à chaque période, il y a des coliques violentes avec vomissements. Appétit nul, quelques vomissements, diarrhée parfois, le plus souvent constipation. Les poumons sont sains, sauf un peu de pleurite à la base droite.

Le ventre est tympanisé, très douloureux. On y trouve deux empâtements, l'un dans la fosse iliaque gauche ; l'autre, plus considérable, plus douloureux, plus profond, s'étend de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, à la crête iliaque et à l'ombilic ; il est bien distinct du foie.

Cette malade est amenée au sanatorium du Vernet, et on la soumet au régime suivant : iodoforme à l'intérieur, antiseptiques intestinaux, vésica toires volants sur le ventre, cataplasmes chauds.

A partir du milieu d'août, amélioration lentement progressive, apparition des règles. L'appétit est meilleur, la digestion plus facile. On lève la malade sur une chaise longue. Aucune modification dans l'abdomen.

Fin septembre, la malade peut marcher un peu sans trop de fatigue. Le facies, toujours pâle, est moins terreux. La température est normale ; les règles sont plus abondantes et moins douloureuses. Séjour à la campagne tout l'hiver.

L'année suivante, en 1898, elle revient absolument transformée. Elle a engraisé d'une dizaine de kilog. Sa figure est fraîche ; elle peut sans fatigue marcher et s'occuper toute la journée. Pas de douleurs abdominales, digestions normales, règles régulières.

Enfin, en 1899, l'état de santé s'est maintenu excellent.

OBSERVATION 13. — Due à l'obligeance de mon collègue le Dr PAPILLON.

Jeune fille de 19 ans. Comme antécédents, a eu la variole, et une sœur morte du carreau. Elle est vue pour la première fois en février 1899, se plaignant de météorisme, de troubles dyspeptiques, de rachialgie sacrée, de névralgies intercostales ; les selles étaient irrégulières, tantôt diarrhéiques, tantôt rares et dures. Depuis le mois de décembre, aménorrhée.

En mars, on trouve une ascite légère, peu mobile. Il y a un peu de pleurite gauche, et, du même côté, au sommet, diminution de la sonorité, tonalité plus élevée, avec une consonance sourde. On porte alors le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il y a un peu de circulation collatérale, limitée à deux veine péri-ombilicales.

Au début d'avril, la malade est devenue profondément neurasthénique. Il y a toujours une ascite légère, et on sent dans l'hypocondre et le flanc gauche un gâteau péritonéal, et un autre plus petit à droite. Contour abdominal, 93 centim. Teinte jaunâtre des téguments. Pas de souffle anémique. Pression artérielle, 10 centim. 5.

Traitement : gymnastique respiratoire, soutenir le ventre avec une sangle attachée derrière les reins, sirop de raifort iodé, et potion contenant chlorure, bromure et iodure de sodium.

En mai l'état général s'est amélioré. Contour abdominal, 85 centim. Pression artérielle, 13 centim. Ascite plus mobile. Empâtement presque disparu, sauf à gauche.

Fin juin, état général bon, selles régulières, ni ascite, ni empâtement. Il persiste du météorisme et quelques douleurs. Souffle dans les jugulaires. Pression artérielle, 15 centim. Contour abdominal, 79 centim. Les règles sont revenues, très abondantes.

Enfin en septembre, l'état est excellent, elle a engraisé, les seins sont

devenus volumineux, la pression artérielle est à 18 centim. Il persiste de la tendance aux ptoses et une intolérance absolue pour le corset. Les poumons sont en bon état.

OBSERVATION 14. — KIRMISSON. *Congrès de la tuberculose*, 1891.

Enfant de 3 ans et demi, qui est atteint de péritonite tuberculeuse avec ascite. Une première ponction a donné issue à 4 litres et demi d'un liquide jaune louche. Le liquide s'étant reproduit rapidement, on fait une laparotomie, et on lave à l'eau boricuée. Sèreuse et épiploon couverts de granulations.

Le liquide se reproduit. Six semaines après, on fait des injections sous-cutanées de sérum de chien, à la dose de 2 centim. cubes par jour. La guérison se produit rapidement.

OBSERVATION 15. — GUIDOTTI. *Riforma medica*, 1897, 2^e volume.
(Traduc. person.)

Femme de 24 ans, ayant de bons antécédents. Elle a été réglée à 13 ans : deux enfants, dont l'un a un catarrhe bronchique. Sa santé a commencé à décliner à l'automne de 1895. Elle a eu de l'entérite, puis des douleurs diffuses dans le ventre, et de la diarrhée. Les traitements médicaux tentés n'ont donné aucun résultat.

Une laparotomie, faite le 12 mai 1896, confirme le diagnostic, mais n'amène aucune amélioration, et l'on peut prévoir une fin prochaine, vu le déplorable état de la maladie. Cependant, les poumons sont intacts. La malade pèse 36 kil. 500. La température oscille autour de 38°,5.

Le 14 août, on tente les injections de sérum de Marigliano à la dose de 1 centim. cube. Il y a eu en tout 32 injections en 70 jours. Après la onzième injection, les sueurs nocturnes cessent. La fièvre ne disparaît que tardivement. Fin octobre, la malade, qui a l'apparence d'une personne bien portante, pèse 42 kil. 500.

Nous devons joindre à ces observations les cas rapportés par Alleaume, où Finlay, Hochaus, Leclerc de Saint-Lô et Landouzy ont obtenu des guérisons avec révulsion locale, créosote et huile de foie de morue. Deux enfants, pourtant, ont eu des fistules ombilicales.

Abbe, dont nous n'avons pu vérifier les indications, vu l'absence de bibliographie, cite des cas de guérison dus à Vicerordt, à Anderson, etc.

Dresch rappelle un cas de Bernheim, de Nancy, dont le traitement n'est pas détaillé.

En somme, nous avons trouvé 15 observations, et quelques cas sans observation. Ce n'est guère, surtout si l'on songe aux multiples travaux qui ont eu lieu sur la question, et aux discussions qui ont suivi, à la Société médicale des hôpitaux, la présentation des malades de MM. Debove, Rendu et Caubet.

Il est vrai que nous trouvons un certain nombre d'observations, où des malades ont semblé être guéris de leur tuberculose péritonéale, au moment où ils succombaient à leur tuberculose pulmonaire.

Si peu nombreux que soient ces cas, ils sont intéressants, parce qu'ils nous montrent que la péritonite tuberculeuse est curable, que par conséquent le traitement que nous aurons à instituer contre elle consistera surtout à favoriser la guérison naturelle, et à diriger le processus réparateur.

Le petit malade de Comby, la jeune fille de Merklen sont un peu décourageants pour la thérapeutique. Il ne faudrait pourtant pas s'y fier, et ces cas sont trop beaux pour être fréquents.

Dans les observations publiées, les auteurs se sont attachés à deux choses : faire de la révulsion locale, et soutenir l'état général, avec l'huile de foie morue, le sirop de fer, la suralimentation, les sels de soude, etc. Quelle est la valeur respective de ces deux moyens thérapeutiques ?

Chacun d'eux a eu isolément quelques succès. La révulsion, qui est un procédé fort ancien, a toujours ou presque toujours pour résultat immédiat de diminuer les douleurs. Il ne semble pas qu'elle ait une action très efficace sur la rétrogradation des lésions. Cependant, il doit, dans le péritoine, comme dans le poumon, exister à une certaine période une zone de congestion active autour des tubercules en voie de dégénérescence. Cette congestion est susceptible, dans le poumon, de céder à une révulsion ; nous pensons qu'il doit en être de même dans le péritoine,

et la régression des lésions tuberculeuses, étudiée dans des laparotomies successives, nous permettra de voir comment agit cette révulsion.

Quant à la nécessité de relever l'état général, c'est un fait universellement admis, et dans les discussions sur les traitements, pas une note discordante ne s'est élevée à ce sujet. Quel que soit le procédé employé, suralimentation, grand air, médicaments dits fortifiants, il est indispensable d'y recourir, concurremment avec les autres traitements.

Beaucoup plus intéressantes encore sont les deux observations de Kirmisson et de Guidotti. Elles sont malheureusement uniques. Depuis longtemps, le sérum de chien est abandonné, n'ayant pas amené dans la tuberculose, les résultats qu'on attendait de lui. Quant au sérum de Marigliano, son action a semblé d'abord devoir être excellente. Son auteur, et de nombreux médecins italiens l'ont prôné. Cependant, il ne semble pas que les médecins qui l'ont expérimenté en France aient été très satisfaits de son emploi. Il semble évidemment que la méthode soit rationnelle. Il est malheureux qu'elle ne soit pas efficace.

Au point de vue de la nature des malades traités, nous avons surtout des malades avec ascite, ou avec adhérences multiples, c'est-à-dire des formes moins graves comme pronostic. Mais dans la thèse d'Alleaume, nous avons, sans du reste aucun détail, deux observations d'enfants guéris, ayant eu des fistules ombilicales, c'est-à-dire des formes purulentes caséuses.

Il nous sera donc permis de dire que la péritonite tuberculeuse, sous toutes ses formes chroniques, peut parfois guérir spontanément, qu'elle est en tous cas justiciable d'un traitement purement médical, et nous tenions à établir ce fait avant de passer à l'étude de procédés plus actifs.

CHAPITRE IV

Laparotomies.

Nous arrivons maintenant au traitement qui a eu le plus de défenseurs et qui a donné lieu aux travaux les plus nombreux. A mesure que la chirurgie se faisait plus hardie, les cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse se multipliaient. Tandis que Truc dans sa thèse d'agrégation (1886) ne réunissait que 11 cas avec deux morts, en 1892 Aldibert réunissait 312 cas, auxquels Rørsch, l'année suivante, ajoutait 50 observations inédites. En 1896 Marganici citait une statistique de 253 cas personnels ou non, différents des précédents. Mais le sujet commençait à être épuisé, et dès lors nous ne trouvons plus guère que des observations isolées, intéressantes par tel ou tel point, et de loin en loin quelques statistiques de 15 à 20 cas, rapportées dans un congrès ou dans une société savante. Souvent certaines des observations citées ont déjà été publiées dans des thèses parues, soit sur un point particulier de la question, soit sur un essai de traitement. Il nous est donc fort difficile de faire une statistique totale des cas de laparotomie publiés, car beaucoup feraient double emploi. Du reste, dans les statistiques de Maurange, de Kœnig, d'Aldibert, de Rørsch, de Marganici, dans les thèses de Beaussenat, etc., le pourcentage des cas reste sensiblement le même.

Nous nous contenterons donc de transcrire ici, parmi les innombrables observations publiées, celles qui nous ont paru intéressantes, pour une raison ou pour une autre; puis nous rappellerons les cas publiés par certains auteurs, sans observation complète, et, en réunissant tous les faits aux grosses statisti-

ques déjà publiées, nous pourrions discuter les résultats des laparotomies. La plupart des observations que nous publions sont résumées, en supprimant les détails opératoires et l'examen jour par jour des malades; car, ce qui nous intéresse, c'est l'état avant et après, surtout longtemps après.

OBSERVATION 16. — RICHELOT. *Bull. Soc. Chirurg. (passim)*.

Femme, opérée pour la première fois en 1890, à l'âge de 21 ans, par M. Richelot pour péritonite tuberculeuse; on retire 2 litres de liquide et on lave à l'eau bouillie.

Récidive trois mois après; elle est opérée par M. Labbé qui, trouvant des granulations multiples, dures, croit à un carcinome et referme l'abdomen sans laver.

Un an après, la malade revenait trouver M. Richelot pour une éventration, suite de ses laparotomies. M. Richelot constate alors que la guérison de la péritonite est absolue.

Deux ans après, en 1893, l'éventration s'est partiellement reproduite, et elle souffre de douleurs péri-utérines. Une nouvelle laparotomie, la quatrième, fait constater que le péritoine est sain; mais les annexes énormes, mollasses, enclavées, doivent être enlevées. A la coupe, elles sont nettement tuberculeuses.

Enfin, en 1895, cette femme revient de nouveau en parfait état de santé.

OBSERVATION 17. — COURTIN. *Bulletin méd.*, 3 mai 1893.

Femme de 47 ans, ayant un ventre énorme avec ascite. Une ponction donne 15 litres de liquide sanguinolent. L'épanchement se reproduit, et l'on fait une laparotomie, six semaines plus tard. Le foie, la rate, tout le péritoine semblent recouverts de grains de semoule. La guérison est absolue.

OBSERVATIONS 18, 19 et 20. — HENDRIX. *La Policlinique de Bruxelles*,
1^{er} septembre 1893.

I. — Enfant 2 ans et demi, ayant une tuberculose péritonéale sèche. La laparotomie montre la cavité péritonéale remplie de tumeurs de volume variable. *Pas de lavage*. Trois ans après, le ventre est souple, sans apparence de tumeurs.

II. — Enfant de 2 ans : tubercules conglomérés, avec ascite, qu'on évacue par l'incision. On voit apparaître sur la plaie des fongosités que l'on curette. Seize mois après, la guérison s'est maintenue.

III. — **Enfant 10 mois** : forme ulcéreuse, avec dégénérescence caséuse. La laparotomie ne produit aucune amélioration. Mort de broncho-pneumonie trois mois après.

OBSERVATION 21. — **HENDRIX.** *Annales Société belge Chirur.*, 15 décembre 1894.

Enfant 5 ans, présentant dans la région ombilicale une tumeur grosse comme une orange, dure, régulière, douloureuse ; quelques autres tumeurs plus petites dans l'abdomen. État cachectique.

On ouvre le ventre, on excise un petit morceau de la tumeur et on referme. L'inoculation et l'examen histologique montrent la nature tuberculeuse de la tumeur. Cependant huit mois plus tard, tout a disparu, la santé de l'enfant est excellente.

OBSERVATION 22. — **SOLDANI.** *Rifor. medic.*, 1891. (Trad. pers.)

Femme de 28 ans ; a eu une sœur morte de péritonite tuberculeuse. A eu un enfant il y a cinq ans, qu'elle allaite encore. Elle est malade depuis six mois ; son ventre a augmenté et est devenu douloureux ; elle éprouve les mêmes phénomènes qu'au moment de sa grossesse. On la suppose enceinte, on fait cesser l'allaitement, mais les règles reparaissent un mois après.

L'état général est bon, l'appétit conservé : les poumons sont sains, il n'y a pas de température. Le ventre mesure à hauteur de l'ombilic 86 centim., il est souple et on sent de la fluctuation. Il est mat jusqu'à l'ombilic, suivant une zone irrégulière allant d'une épine iliaque à l'autre et non mobile. Au niveau des lombes, la sonorité est obscure. L'utérus abaissé est mobile, mou, petit.

Laparotomie : le péritoine est très épaissi, congestionné ; recouvert de granulations nombreuses, de volume variable, abondantes surtout sur l'utérus et les annexes ; il y a une très grande quantité de liquide. On nettoie avec une éponge imbibée de sublimé.

La malade sort au bout de seize jours. Plus tard elle a un épanchement pleural qui a guéri après ponction.

OBSERVATION 23. — **WHERRY.** *Lancet*, 5 septembre 1895. (Trad. pers.)

Femme 29 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, avec lésions du sommet droit et diminution de la respiration dans tout le poumon. L'abdomen est distendu, douloureux, sans masse bien nette à la palpation.

La laparotomie donne issue à sept litres environ de liquide. Lavage à l'eau boriquée.

L'ascite se reproduit pendant quelques jours ; mais la malade, revue six mois après, est dans un excellent état de santé.

OBSERVATIONS 24, 25 et 26. — CONDAMIN. *Arch. prov. de chir.*, 1896.

I. — Femme de 36 ans, malade. A eu, il y a six ans, une péritonite chronique guérie. Depuis trois mois, elle tousse et a craché un peu de sang. A droite on trouve quelques râles muqueux, une respiration soufflante, une expiration prolongée. Elle ressent dans l'abdomen une douleur vive, survenant par accès; elle est constipée, avec des crises d'obstruction répétées. Le ventre est gros, rempli de masses volumineuses, autour du pubis. Le toucher vaginal fait reconnaître un peu de liquide.

On fait une incision, de l'ombilic au pubis, puis du pubis au sternum, sans pouvoir, en un seul point, inciser le péritoine, qui adhère partout à l'intestin; il en est de même sur les côtés. On saupoudre d'iodoforme et on referme.

A la suite, quelques points de suture sont le siège de petites fistules, qui persistent un certain temps. Neuf mois après, il n'y a pas d'ascite, l'état général est amélioré, il reste une légère éventration.

II. — Le sujet, malade depuis quatre mois, présente une tumeur épigastrique en nappe, avec vomissements incessants. Le ventre est très gros, douloureux à l'épigastre. Il y a quelques râles au sommet droit.

Laparotomie : six litres de liquide citrin; nombreuses granulations sur le péritoine. La masse épigastrique volumineuse, dure, adhérente, sonore, contient l'estomac, le côlon et l'intestin grêle adhérents à tel point qu'il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

Dès le lendemain les douleurs et les vomissements cessent, l'appétit renaît, et, trois mois après, le malade complètement guéri a engraisé.

III. — Dans une laparotomie pour kyste de l'ovaire, on trouve le cæcum fongueux, adhérent, que l'on suppose atteint de cancer. Cependant, la malade guérit et la tumeur cæcale a complètement disparu moins d'un an après.

OBSERVATION 27. — TERRILLON. *Société Chir.*, 18 juin 1890 et NÉLATON,
eodem loco, 1^{er} juillet 1896.

Jeune fille de 16 ans, atteinte de vomissements alimentaires, de coliques violentes et permanentes. Le ventre est globuleux, dur, sonore. La paroi est dure, bosselée, inégale; on sent des froissements, du gazouillement.

On trouve à l'opération un péritoine rempli de fausses membranes et couvert de granulations. Les anses intestinales sont agglutinées, épaisses, résistantes, farcies de tubercules; en dissociant les adhérences, on provoque des hémorrhagies en nappe, qui arrêtent l'opération. On touche à l'eau phéniquée forte et on ferme sans drainage.

Suites normales, l'appétit reparait. Elle engraisse rapidement.

Six ans après, M. Nélaton la revoit, elle est atteinte de salpingite double. Au niveau de la cicatrice il y a des adhérences lâches. On enlève les trompes

qui sont très grosses, après les avoir séparées des intestins et des adhérences pelviennes. Guérison complète.

Les trompes étaient tuberculeuses.

OBSERVATION 28. — CONDAMIN. *Province médicale*, 25 mai 1895.

Femme atteinte de péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, avec lésions considérables des annexes, qui forment une masse dans le cul-de-sac postérieur. On enlève par le procédé de Laroyenne les trompes et les ovaires, et au-dessus la grande cavité forme un nouveau Douglas limité par des adhérences. On le perfore pour donner issue à l'ascite, et on fait un drainage à la gaze iodoformée.

Trois mois après, la femme revue est assez bien ; on maintient le drainage à la gaze.

OBSERVATION 29. — HAMILL. *Americ. J. of obstet.*, 1896. (Trad. pers.)

Négresse de 24 ans, opérée de laparotomie : on trouve, après issue d'une grande quantité de liquide, la masse intestinale et les organes génitaux adhérents à la paroi postérieure et couverts de granulations. On déchire les adhérences épiploïques et on lave à l'eau stérilisée.

Un an après, cure d'une hernie ventrale. Le péritoine est normal, sans liquide, on trouve à peine quelques tubercules sur l'intestin, surtout dans la zone génitale. L'ovaire droit, enlevé, contenait un kyste dermoïde avec des cheveux.

Convalescence normale. L'examen des granulations décèle la tuberculose.

OBSERVATION 30. — DA COSTA. *Americ. J. of obstet.*, 1896. (Trad. pers.)

Homme, atteint de cirrhose du foie, avec tuberculose péritonéale. On incise et on laisse écouler 15 litres de liquide. Dix-sept jours après, le liquide étant réapparu, on réincise et on en retire 9 litres. On saupoudre d'iodoforme. Consécutivement, amélioration de la santé générale, mais non guérison de la lésion hépatique.

OBSERVATION 31. — BOLDT. *Americ. J. of obstet.*, 1895. (Trad. pers.)

Femme de 19 ans, vierge, présentant dans le côté gauche du petit bassin une tumeur : la trompe droite est grosse, l'utérus en rétroflexion adhérente.

Laparotomie. Il y a des granulations miliaires, en grand nombre, et des adhérences de tous les organes abdominaux, qui saignent et ne se laissent pas détacher. On enlève les trompes tuberculeuses.

La guérison se fait bien, sauf deux élévations passagères de température. On laisse un drain de verre pendant trois semaines, pour parer au danger des hémorrhagies en nappe.

Une fistule persiste. Huit mois après on la curette et on voit qu'elle communique avec un utérus mou, fongueux. Puis, il s'écoule par le vagin une quantité considérable de pus ; la tumeur péri-utérine augmente.

Hystérectomie vaginale, dont la malade se remet, mais le cas n'est pas suivi.

OBSERVATION 32. — BRAULT. *Gazette des hôp.*, 14 juillet 1898.

Enfant de 5 ans, à antécédents mauvais, avec température de 38° et quelques symptômes de tuberculose pulmonaire. Le ventre est gros et douloureux, depuis deux mois, empâté d'une façon irrégulière, avec quelques zones de sonorité et une sensation de crépitation amidonnée.

On fait une laparotomie sus-ombilicale ; on trouve des tubercules sur le foie, l'intestin et les fausses membranes. Il y a symphyse de l'intestin, de l'épiploon et de la paroi ; des loges multiples renferment de la sérosité louche et du sang.

Les adhérences sont déchirées doucement, on assèche avec des tampons ; aucun lavage ni application de topiques. Suture sans drainage.

Guérison opératoire, puis le ventre devient souple et indolore, et un an après la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION 33. — BRAUN. *Berliner klin. Woch.*, 6 avril 1891.

Chez un enfant, à la suite d'une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, l'ascite ne se reproduit pas, et la tumeur intra-abdominale disparaît.

Mais il se produit, au niveau de la suture, des granulations d'aspect tuberculeux.

OBSERVATION 34. — BUMM. *Annals of gyn.*, 1893. (Trad. pers.)¹

Femme de 40 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, est laparotomisée : on évacue 3 litres de sérosité, et on trouve des nodosités blanchâtres qui, examinées histologiquement, sont des tubercules, sans bacilles apparents.

Deux mois après, les points de suture sont le siège de multiples trajets fistuleux ayant l'aspect de tuberculoses cutanées. On incise pour les détruire et on trouve une poche contenant un demi-litre de pus : elle est séparée de l'abdomen par des adhérences épiploïques et intestinales. La paroi, examinée au microscope, montre une infiltration du tissu par des cellules rondes et une transformation fibreuse des nodosités.

La guérison s'était maintenue un an et demi après.

OBSERVATION 35. — *Boston med. Journ.*, 4 mai 1893. (Trad. pers.)

Fille de 13 ans, présentant de l'ascite et une tumeur ombilicale douloureuse, qui s'étend du côté droit.

L'état général est très mauvais.

Laparotomie. Le liquide, qui s'écoule, est teinté de sang. Le péritoine pariétal et viscéral est semé de granulations. Les anses intestinales adhérentes sont dissociées avec la main, on lave avec la solution saline.

Les suites sont bonnes. Mais, au bout de trois semaines, tous les orifices de suture sont le siège de granulations que l'examen microscopique montre tuberculeuses.

Un grattage et l'application d'iodoforme les font disparaître en quinze jours ; la malade engraisse et reste en bon état.

OBSERVATION 36. — SYMS. *New-York med. Journ.*, 7 février 1891. (Trad. pers.)

Homme de 35 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de cholécystite ou de kyste hydatique suppuré. Il est syphilitique.

Laparotomie. Les anses intestinales, le péritoine et les ganglions mésentériques adhèrent entre eux et à la face inférieure du foie.

Après une guérison de un an environ, le malade de nouveau est atteint de tympanite et d'ascite, son poumon droit est infiltré.

OBSERVATIONS 37 et 38. — WHEELER. *Boston med. Journ.*, 1890. (Trad. pers.)

I. — Homme de 17 ans, alcoolique, d'antécédents inconnus.

Il se plaint depuis trois semaines de douleurs intestinales qui vont en croissant. L'abdomen a grossi, s'est tympanisé ; pas de fluctuations, ni de masses dures. Il y a de l'anorexie, de la constipation et des vomissements.

Laparotomie. Il s'écoule 1 litre de liquide opalescent ; des petits nodules tuberculeux sont semés partout, les adhérences réunissent tous les organes. Lavage au sublimé à 1/5000, puis à l'eau boriquée. Drainage pendant un jour. Par cet orifice s'écoule, les jours suivants, de la sérosité, contenant des flocons louches ; puis l'abdomen se remplit de nouveau.

Une deuxième laparotomie, pratiquée un mois après la première, n'amène aucune modification et le malade meurt quinze jours après.

II. — Femme de 29 ans, en mauvaise santé. Depuis un mois le ventre est tendu, douloureux, pas dur, laissant sentir une tumeur médiane élastique, de la grosseur d'une tête d'enfant. On diagnostique kyste de l'ovaire.

Laparotomie médiane. La paroi est très vasculaire, friable, méconnaissable ; le liquide écoulé peut être évalué à un litre. La tumeur adhère de partout.

On détache le plus possible les adhérences ; l'on voit alors que l'utérus est libre, et que la tumeur est uniquement constituée par des anses intestinales. Il se produit une hémorrhagie en nappe considérable, venant des adhérences, et il est impossible de libérer l'intestin de la gangue fibreuse qui l'entoure. Hémostase à l'eau chaude et drain.

La malade ne souffre plus, elle mange ; les mouvements intestinaux deviennent plus libres.

Il se produit une fistule stercorale au niveau du drain, et la malade meurt de consommation six mois après.

OBSERVATION 39. — ALIBERT. *France médicale*, 1897.

Femme de 33 ans, bons antécédents. Depuis quelques semaines, elle éprouve des troubles digestifs, diarrhée et constipation alternatives. Elle s'amaigrit ; le ventre est gros, douloureux d'une façon générale, sans empâtement, ni sensation de frottement. Les sommets sont indurés ; température 38°.

Quelque temps après, il y a météorisme considérable, constipation absolue, vomissements, et tous les phénomènes d'une obstruction incomplète. Pas de matité, pas de point fluctuant.

Après quelques hésitations, on fait une laparotomie avec le diagnostic d'obstruction.

Une très grande quantité de liquide s'écoule, accompagné de fausses membranes qui sont couvertes de tubercules.

Les suites sont bonnes d'abord : puis la cachexie envahit lentement la malade, qui meurt trois semaines après.

OBSERVATION 40. — MONTAZ. *Dauphiné médical*, 1896.

Femme de 43 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse avec une ascite énorme, qui s'est reproduite malgré tout traitement. Trois laparotomies sont pratiquées successivement. Elles donnent issue à une quantité de liquide variant entre 10 et 15 litres, et elles montrent une masse intestinale adhérente à la paroi, au niveau de la ligne iléo-ombilicale gauche.

Quelque temps après la dernière laparotomie, pour retirer l'ascite, encore une fois reproduite, on fait une ponction sur le côté droit de l'abdomen en un point bien mat avec l'intention d'injecter un corps modificateur. La malade, ayant eu des accidents au moment de la ponction, on vide simplement le liquide. Mais la mort survint rapidement avec les signes d'une péritonite aiguë.

OBSERVATION 41. — Recueillie dans le service de M. NÉLATON.

Une femme de 23 ans entre dans le service le 17 octobre 1898. Elle se plaint

d'avoir maigri depuis quelques mois, en même temps qu'elle voyait son abdomen grossir ; les premiers troubles s'étant installés insidieusement, elle ne peut préciser le début de la maladie. C'est d'abord à gauche, que la grosseur s'était manifestée, puis l'abdomen tout entier avait augmenté de volume. Les règles étaient devenues irrégulières depuis trois ou quatre mois.

L'abdomen était gros, surtout dans la fosse iliaque gauche ; il était douloureux spontanément, et surtout à la pression. La palpation faisait reconnaître une masse rénitente, assez mal limitée, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, remplissant tout le côté gauche et une partie de la fosse iliaque droite, arrondie dans son ensemble ; elle était submate, tandis que les régions voisines étaient franchement sonores. Le toucher montrait un utérus normal, et un cul-de-sac gauche rempli par le prolongement de la tumeur.

Le poulmon droit avait une respiration un peu rude au sommet.

Laparotomie médiane. Après avoir fait une longue incision, on finit par trouver un point où le péritoine n'est pas adhérent. On voit alors la cavité péritonéale remplie par une masse intestino-épiploïque, recouverte de fausses membranes, très adhérente partout, et présentant de grosses masses tuberculeuses purulentes et caséuses. Après avoir bien vérifié la non-existence de tumeur annexielle ou ovarique, on referme.

Trois semaines après, l'état était excellent, l'appétit revenu ; la masse abdominale avait disparu partiellement. Mais la suture était le siège d'ulcérations larges, peu profondes, pâles, atones, entourées de grains blancs. Ces ulcérations durèrent plusieurs mois, pendant lesquels elles furent abondamment saupoudrées d'iodoforme. Rapidement, en quelques semaines, le ventre était devenu absolument souple et indolore.

Actuellement, quinze mois après l'opération, nous avons eu des nouvelles de la malade, dont la santé est restée bonne.

Nous voici donc en présence de 26 observations provenant de toutes les sources, représentant toutes les formes de l'affection, et tous les modes d'intervention usités.

Nous allons y joindre maintenant des cas sans observations, relatés par différents auteurs, soit à propos d'une discussion, soit au cours d'un travail sur un autre sujet, soit dans une statistique générale. Autant que nous avons pu le vérifier, les cas que nous citons n'ont pas été compris dans les statistiques générales que nous verrons en fin de compte. Les indications bibliographiques des auteurs que nous allons passer en revue se trouveront à l'index bibliographique.

Maucclair cite 3 observations : 1 cas dans lequel des adhérences fibreuses accolaient l'intestin contre la colonne vertébrale,

simulant ainsi une tumeur kystique. Le drainage amena une fistule.

Le deuxième cas est une pérityphlite, non suivie au bout de quinze jours.

Dans le troisième cas, on fit un nettoyage complet à la gaze iodoformée et un drainage; mort en vingt-quatre heures.

M. Richelot cite 4 guérisons de malades atteints de la forme ascitique, dont un homme si affaibli, qu'on n'osa pas le chloroformer, et 4 autres cas où l'on trouva des poches remplies de sérosité, avec adhérences, granulations confluentes, épiploon épaissi et infiltré.

Les 4 ont guéri, mais 2 malades ont disparu au bout de six mois, et 2 autres sont trop récemment opérés.

Boari, à l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, rapporte l'histoire de 6 laparotomies, de formes variées, avec une mort au bout de huit mois, de tuberculose pulmonaire; les autres guéries depuis trois, sept, neuf, dix-sept, trente et trente et un mois.

Dans la même discussion, Casati cite une trentaine de cas personnels guéris, dont un cas datant de cinq ans.

Lawford Knaggs et Clarke citent 2 cas dont l'un, diagnostiqué kyste de l'ovaire, a guéri localement mais en conservant sa tuberculose pulmonaire; l'autre, également tuberculeux du poumon, était dans un excellent état deux mois après. Les 2 avaient été lavés avec l'eau bouillie et l'eau phéniquée au 1/100°.

Robson donne 3 cas de laparotomie, dont 2 avec pus et 1 avec ascite, qu'il a drainés pendant plusieurs jours et qui sont bien portants depuis deux ans.

Mac Nutt relate 3 cas de péritonite avec épanchement, guéris après drainage, et une péritonite sans épanchement, avec lavage péritonéal guérie également.

Péterson ne donne que 4 cas très graves. Dans le premier, la mort immédiate fut causée par des déchirures intestinales; dans le second, à forme appendiculaire, avec adhérences et épan-

chement purulent, la mort fut tardive ; les 2 autres malades guérissent, malgré les adhérences que l'on dut détacher et les poches purulentes qui furent ouvertes.

Poncet étudie des cas déjà anciens et rapporte une forme ascitique, guérie depuis deux ans, une forme sèche, donnant l'aspect de carcinose péritonéale, en excellent état depuis huit mois, et un enfant de 9 ans, opéré dans un état désespéré, et guéri depuis quatre mois.

Phocas est moins heureux ; 3 de ses malades sont morts : l'un de shock, l'autre d'hecticité avec une fistule stercorale, au bout de quatorze mois, le troisième, après trois mois ; un quatrième est guéri depuis cinq mois malgré une coqueluche intercurrente.

Dunning, rappelant la statistique de Linder, y ajoute 2 cas : une tuberculose miliaire, découverte chez une femme atteinte de fibrome avec ascite ; on fait une hystérectomie supra-vaginale et un lavage, guérison ; une seconde, diagnostiquée kyste de l'ovaire, avait 13 litres d'ascite ; elle guérit.

Crofford, sur 7 cas, n'a perdu qu'un malade au bout de trois semaines, à la suite d'accidents hépatiques.

Jaboulay rapporte un cas, où une aggravation de l'état pulmonaire a semblé suivre la laparotomie. Au moment de la mort, un mois après, le ventre était normal. Un autre malade fut opéré par des accidents d'occlusion et guérit.

Israël injecte dans le péritoine de l'huile iodoformée à la dose de 10 à 40 grammes. Trois cas opérés au milieu de la fièvre avec des lésions ulcéreuses, ont guéri. Un quatrième cas, enfant atteint d'une tuberculose du côlon, nécessitant une entéro-anastomose, était en voie de guérison.

Paoletto Paolo, après des ponctions infructueuses, a eu de bons résultats chez deux femmes, par la laparotomie.

Guillemare, dans sa thèse, a attaqué la statistique d'Aldibert et défendu l'intervention dans les tuberculoses aiguës ; deux malades de M. Lejars, l'un à forme d'appendicite, l'autre

avec obstruction intestinale, ont guéri. Un enfant, avec phénomènes appendiculaires, opéré par M. Brun, a guéri également.

Moins concluante, la thèse de Daclin donne quelques cas de laparotomie vaginale, dans des cas de péritonite d'origine génitale. Des malades ont été améliorées, mais insuffisamment suivies.

Conitzer a guéri quatre formes ascitiques, sans aucun lavage, ni applications topiques, mais avec une fistule consécutive ; sur trois cas, à prédominance caséuse, un seul a été un peu amélioré. Deux sont morts rapidement.

Ceccherelli lave abondamment avec une solution d'acide thymique à 1 p. 1000, et nettoie soigneusement le péritoine avec de la gaze ; il a eu neuf cas heureux, probablement des formes ascitiques.

Nous arrivons enfin aux grosses statistiques ; nous réunissons Aldibert et Rœrsch, ce dernier n'ayant fait qu'ajouter 50 cas à ceux réunis par le précédent. Il donne donc 358 opérés pour péritonite tuberculeuse, en retranchant les cas douteux. Sur ce nombre, 9 p. 100 sont morts des suites de l'opération, 15 p. 100 ont succombé au bout de quelques semaines, ou de quelques mois, par complication pulmonaire, ou cachexie. Il a pu retrouver quelques malades, de moins en moins nombreux naturellement, à mesure que le temps s'écoulait, et il a constaté 34 p. 100 de guérisons au bout de six mois, 25 p. 100 au bout d'un an et 15 p. 100 au bout de deux ans.

Cette statistique est de beaucoup la plus considérable et la plus importante ; elle contient surtout des tuberculoses fibreuses, soit sèches, soit ascitiques, mais aussi un certain nombre de tuberculoses ulcéreuses, ayant donné des résultats pas trop mauvais. En comptant non seulement les quelques décès opératoires, mais encore les morts à longue distance, après plusieurs mois et même plusieurs années, à la suite de récurrence, on trouve pour la forme ulcéreuse, la plus grave de toutes,

60 p. 100 de guérisons et pour la forme ascitique, la plus bénigne de toutes, 75 p. 100.

Mais ces statistiques comprennent des cas déjà anciens, et il semble que la technique opératoire a dû s'améliorer. Peut-être aussi, les chirurgiens plus prudents se sont-ils refusés à opérer des cas manifestement trop graves. On peut donc mieux avoir comme proportion de guérison. Beaussenat, par exemple, donne chez l'adulte 73 p. 100 et 85 p. 100 chez l'enfant, dans les formes fibreuses, sèches ou ascitiques et 66 p. 100 dans les formes ulcéreuses avec suppuration.

Margarnici de même, sur 253 cas, a 216 guérisons, soit 85 p. 100 de succès. Sur ce chiffre on relève 7 morts opératoires, soit moins de 3 p. 100.

La statistique de Frees, qui est contemporaine de celle de Rørsch, est moins favorable. Sur 19 cas, il ne donne que 33 p. 100 de guérisons, maintenues depuis plus d'un an ; il est vrai que les décès survenus ont été tardifs ; il ne donne aucun détail sur la nature des péritonites traitées.

Si nous en venons maintenant à réunir tous les cas non compris dans les grosses statistiques précédentes, et que nous avons rappelés, soit dans nos observations, soit dans la longue énumération qui a suivi, nous trouvons un total de 131 cas, sur lesquels nous trouvons 5 morts opératoires, soit 3 p. 100 et en tout 16 décès ; soit 88 p. 100 de guérisons ou d'améliorations. Ces cas, réunis sans distinction aucune, sont tous ceux dont nous avons eu connaissance. Réunis aux chiffres de Margarnici, Rørsch et Aldibert, Frees, Beaussenat, ils nous donnent plus de 750 laparotomies, et nous montrent que la moyenne des guérisons va en augmentant. Un grand nombre de malades n'ont pas été suivis, mais il en est qui ont été constatés guéris un an, deux ans et jusqu'à six ans après l'opération première.

La plupart de ceux qui ont succombé étaient atteints déjà de lésions pulmonaires, parfois très graves. Il n'y a guère qu'un

seul cas, celui de Jaboulay, où ces lésions aient semblé recevoir de l'opération une sorte de coup de fouet.

Elles sont le plus souvent restées indifférentes au traumatisme ; mais, fait intéressant, elles ont paru parfois rétrograder, et cela, principalement chez les enfants. Il semble que la cure de la péritonite, en enlevant un foyer d'infection, leur donne plus de résistance pour combattre la localisation pulmonaire. Ainsi la présence de lésions pulmonaires n'est pas une contre-indication à l'opération, à moins que le malade ne soit par trop cachectique et incapable de supporter la narcose.

Il est, en revanche, généralement admis qu'un épanchement pleural considérable doit empêcher d'intervenir. On trouve un cas malheureux dans la thèse d'Aldibert, et il est certain que la chloroformisation, dans ces conditions, est dangereuse.

Les autres causes d'affaiblissement : l'alcoolisme, la syphilis (Wheeler et Syms), constituent pour le malade des complications graves ; ce ne sont pas des contre-indications, mais le pronostic en est fort aggravé. Quant aux lésions tuberculeuses des organes pelviens, il semble qu'elles évoluent sans se préoccuper de l'état de la grande cavité. La malade de MM. Terrillon et Nélaton en est un exemple superbe : elle a guéri complètement de sa tuberculose péritonéale ; mais lorsque les organes génitaux, six ans après, sont devenus malades, ils se sont infiltrés de tuberculose, sans que la séreuse soit elle-même redevenue tuberculeuse. . .

De même, la première malade de M. Richelot montre, à sa quatrième laparotomie, un péritoine sain, avec des trompes très grosses, tuberculeuses ; donc les lésions des annexes ne doivent pas, au point de vue de l'intervention, être considérées comme une aggravation.

Elles sont, du reste, la cause première de la tuberculisation du péritoine, très souvent, presque toujours même, pour certains auteurs (Crofford) ; et lorsqu'on peut extraire les organes, on traite simultanément la cause et l'effet. Cette intervention com-

plète est, du reste, préconisée par tous les auteurs, lorsqu'elle est possible.

Tout naturellement, chez l'homme, l'influence des organes génitaux est moindre. Pourtant la péritonite tuberculeuse peut succéder à une tuberculose herniaire, funiculaire, ou à une hydrocèle tuberculeuse. Tel un cas de Phocas ; tel un autre cas où le canal péritonéo-vaginal, resté perméable, au cours d'une cure radicale d'hydrocèle, laisse écouler une quantité considérable de liquide ; un drain, maintenu quelque temps, assura la guérison.

Que dire des tuberculoses osseuses, cutanées ? le cas de Miller, cité déjà par Aldibert, nous prouve qu'elles sont plutôt améliorées.

En étudiant les cas que nous avons passés en revue, on s'aperçoit qu'un certain nombre de malades ont été laparotomisés de nouveau, souvent pour des éventrations, et que l'on a constaté la disparition des lésions péritonéales. Par malheur, cette disparition, si complète soit-elle en apparence, ne peut jamais être considérée comme définitive. Sans doute, les cas de récurrence sont rares ; mais ils existent, et en particulier dans la forme la plus curable, la forme fibreuse. C'est ainsi que Rørsch a trouvé 20 récurrences, dont aucune dans les formes ulcéreuses. La plus intéressante de toutes est citée par Kendal Francks. Pendant trois ans, la santé du malade resta excellente ; puis, en quelques semaines, une récurrence amena la mort. L'alcoolique de Wheeler, le syphilitique de Syms ont également présenté une récurrence, à laquelle le premier a succombé.

Enfin, que dire aussi de la malade de Montaz subissant trois laparotomies sans résultat ?

Enfin nous trouvons les observations 7 et 32, où des malades, laparotomisées sans succès, ont guéri par d'autres procédés.

Il est, parmi les suites de la laparotomie, une complication qui semble au premier abord être d'un pronostic défavorable comme caractérisant une nouvelle infection et un état de cachexie

avancé : c'est l'apparition, sur la plaie, de bourgeons charnus et de granulations d'aspect tuberculeux. Dans nos 26 observations, nous trouvons 4 malades qui ont présenté cet accident.

Un simple grattage a suffi le plus souvent à le faire disparaître. Chez notre malade les granulations sont survenues en même temps que le ventre s'affaissait et devenait souple. Elles ont été simplement saupoudrées d'iodoforme, sans aucun autre traitement local, et, à aucun moment, l'ulcération n'a paru gagner en profondeur.

Nous ne rechercherons pas la pathogénie de ces granulations. Il est fort possible qu'en nettoyant le péritoine le chirurgien, retirant ses éponges, touche la paroi et l'inocule ; l'importance du fait est, du reste, médiocre au point de vue pronostic.

Il en est autrement pour les fistules. Ces fistules peuvent provenir de drains laissés un certain temps, ou se former secondairement. Quand ce sont des fistules sans perforation intestinale, elles peuvent guérir, lentement il est vrai, mais sans aucune intervention. En tous cas, l'intervention, qui doit être très prudente, peut être tentée, si la fistule persiste longtemps et si le malade semble s'affaiblir (Boldt et Bumm). Quand, au contraire, ce sont des fistules stercorales, le pronostic est bien plus grave et le plus souvent on voit les malades s'affaiblir et mourir d'hecticité au bout d'un temps variable. Les quelques cas, que nous relevons dans nos observations, se sont toujours terminés par la mort.

Il est, du reste, trop dangereux de chercher à les extirper. L'observation de Czerny montre les dangers que l'on fait courir à son malade.

Nous ne reviendrons pas sur le mode opératoire de la laparotomie : elle devra être très prudente, puisque les adhérences sont parfois telles, qu'on ne peut inciser le péritoine (obs. 24). Une fois le péritoine incisé, on ne peut se trouver devant plusieurs cas.

Si l'on a affaire, ce qui est le plus fréquent, à une ascite avec

semis de granulations, on évacue et on dessèche soigneusement le péritoine.

Si les intestins sont accolés et adhérents entre eux et aux autres organes, il est bon de chercher à libérer ces adhérences, mais très doucement, du bout des doigts, sans instruments, sous peine de léser l'intestin. Si les adhérences résistent, ne pas insister.

Si l'on se trouve devant des masses tuberculeuses ulcérées, adhérentes, baignées de pus ou de sérosité sanguinolente, le premier soin doit être de sécher avec des tampons pour voir clair ; puis on nettoie soigneusement les parties ulcérées. Si l'on est dans une poche péritonéale, se bien garder de la déchirer, de peur de voir infecter la grande cavité. En tous cas, procéder doucement à la libération des adhérences, vérifier les organes pelviens, si souvent atteints, et refermer.

Que devons-nous penser maintenant des différentes manœuvres supplémentaires, lavage, attouchements, caustiques, drainage ?

Dans les premiers temps il a paru indispensable de laver le péritoine ; puis, petit à petit, on a renoncé à cette méthode dans beaucoup de cas. Pour notre compte, nous n'en voyons guère l'utilité dans la forme ascitique ; on peut enlever tout aussi bien les fausses membranes par un simple nettoyage. Dans la forme sèche, elle ne s'explique pas du tout. Dans les cas où l'on trouve du pus, des parties caséuses, le cas est discutable ; il nous semble, pourtant, qu'on n'a aucun avantage à semer dans le péritoine les produits tuberculeux ; on peut tout aussi bien nettoyer avec des éponges.

Dans ce dernier cas pourtant nous ne serions pas éloigné de recourir aux applications de caustiques. Peut-être objectera-t-on qu'un liquide caustique peut détruire les parois intestinales, si friables. Nous ne le pensons pas et nous pensons, en revanche, qu'il y a avantage à détruire le plus possible de tissu tuberculeux, indépendamment de l'action irritative qui, pour nous, est

un grand facteur de guérison. Il est inutile d'employer des corps corrodants ; on a dans des cas multiples semé l'iodoforme en abondance, et il est remarquable de voir la tolérance de l'organisme tuberculeux, pour des doses considérables de ce médicament. Nous considérons que la tuberculose doit être traitée aussi largement que le cancer, par l'ablation complète ; or, nous ne pouvons tout enlever ici et comme, contrairement à ce qui se passe dans le cancer, l'irritation locale est plutôt favorable, nous devons la faire active.

Plus grave est la question du drainage. On est souvent, par suite des hémorrhagies en nappe, que produit la dilacération des adhérences, obligé de placer un drainage. Depuis longtemps M. Routier avait conseillé un drainage à la Mickulicz ; c'est, en effet, le plus sûr et le moins dangereux. Il nous semble inutile et même nuisible de le laisser plus de quarante huit heures. En effet, des adhérences se forment vite et isolent de la séreuse la petite cavité occupée par la gaze : donc plus de drainage du péritoine ; en revanche, formation d'une poche qui, avant de se cicatriser, donnera presque sûrement une fistule.

A plus forte raison, repoussons-nous les drains de caoutchouc et surtout de verre ; ils ne sont pas plus utiles que la gaze, pour les raisons que nous avons exposées, et ils sont dangereux pour l'intestin. Dans notre série d'observations, tous les cas drainés pendant plusieurs jours ont donné lieu à des fistules stercorales, et nous avons vu quelle en était la gravité. Le danger du drain, même en caoutchouc, n'existe pas seulement pour les intestins tuberculeux. Il nous souvient d'avoir observé l'an passé le cas suivant :

Au cours d'une laparotomie notre maître, M. Legueu, dut disséquer une trompe très adhérente à l'intestin ; vu l'hémorrhagie, et surtout l'écoulement de pus par la trompe rompue, on fit un Mickulicz qui, après quarante-huit heures, fut remplacé par un drain de caoutchouc, durant quelques jours il se produisit une fistule stercorale qui dura un mois environ.

Il est, au contraire, remarquable de voir la tolérance d'un péritoine tuberculeux. Nous avons relevé des observations de péritonite caséuse où, après nettoyage soigné des poches purulentes, la réunion par première intention fut obtenue (Terrillon, Hendrix), sans que le travail de résorption, qui suivit la laparotomie, se manifestât à l'extérieur.

Nous terminerons en parlant de la laparotomie vaginale, opération très prônée à Lyon. Nous n'en voyons guère les avantages, nous voyons au contraire bien des inconvénients. Dans une affection, où l'on doit trouver des adhérences multiples et des organes friables, il semble tout indiqué de choisir la voie la plus large, celle où l'on voit clair ; sans doute le drainage vaginal sera plus commode, mais nous venons de dire pourquoi nous n'en étions pas partisan. Nous ne trouvons pas la laparotomie abdominale plus dangereuse et nous la croyons plus sûre.

Encore moins préconiserons-nous la méthode de Whittier qui, dans un cas, fit un simple drainage avec siphon, comme cela a été préconisé pour les pleurésies purulentes. Nous tenions simplement à signaler le fait.

Nous résumerons cette étude de laparotomie en disant que ce traitement n'est pas contre-indiqué par les complications, sauf s'il s'agit d'un cachectique ; qu'il a donné des résultats bons et qui semblent s'améliorer de jour en jour ; que l'opération doit être prudente, à cause des adhérences inattendues, que l'on peut rencontrer sous le bistouri. On doit mettre le péritoine à sec, enlever les masses tuberculeuses qui sont enlevables, ne pas drainer.

Les antiseptiques ont sur le péritoine sain une influence nuisible. Il est donc utile de les éviter pour ne pas gêner la réaction du péritoine ; c'est cette réaction de la séreuse, et non notre action propre, qui peut amener la guérison.

CHAPITRE V

Ponction suivie d'injection de liquides modificateurs.

Nous venons de voir que la laparotomie donnait dans les cas de péritonite tuberculeuse même peu favorables des résultats inespérés. C'est de l'interprétation de ces résultats, que découlent les traitements que nous allons maintenant étudier.

Déjà, en 1886, Truc se demandait si l'on ne pourrait traiter la péritonite tuberculeuse, qui est en somme une tuberculose localisée, à marche lente, comme on traite les abcès froids, non fistuleux, par l'injection d'éther iodoformé. Ce procédé est certainement dangereux, à cause de l'action de l'éther sur une séreuse aussi sensible qu'est le péritoine, même malade. Il n'a jamais été mis en pratique. Maurange, dans sa thèse, parle d'un cas où l'on employa de l'huile de vaseline iodoformée, ce qui est plus logique ; mais il cite, sans donner le moindre détail. Sa thèse est, du reste, consacrée à l'apologie de la laparotomie.

Ce n'était donc que des propositions n'ayant pas eu de sanction pratique. Il en est tout autrement de deux méthodes, fondées sur l'explication théorique de la guérison par la laparotomie. L'une est celle des lavages, ayant la prétention d'agir mécaniquement ; l'autre est celle des injections modificatrices, agissant comme antiseptiques, ou comme caustiques.

Lavages. — Il n'existe de la première de ces méthodes qu'un certain nombre d'observations. La première, que nous ne faisons que rappeler, car elle est bien connue, est due à M. Debove, en 1890. Il s'agissait d'une femme de 28 ans, atteinte d'une péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, avec fièvre. L'inoculation de l'épanchement fut positive.

On fit une ponction, qui donna issue à 6 litres de liquide, puis une injection de 2 litres d'eau boriquée à 2 p. 100 ; on enleva ce liquide. Deux mois après, la malade était complètement remise et avait engraisé de 12 livres.

La discussion qui suivit, à la Société médicale des hôpitaux, prouva que la péritonite tuberculeuse guérit spontanément dans bon nombres de cas, nous l'avons vu plus haut ; mais on ne trouve jamais une amélioration aussi rapide.

Passons maintenant à quelques cas plus graves et, partant, plus intéressants.

OBSERVATION 42. — MONNIER. *Revue générale de Clinique et de Théraputique*, 11 novembre 1891.

Enfant de six ans, chétif, ayant eu des bronchites, atteint d'otite chronique, se plaint, depuis le début de février, de douleurs dans le ventre, de diarrhée. Il présente le facies péritonéal ; son ventre est énorme, très douloureux. Dans les flancs, on trouve une matité remontant jusqu'à deux doigts de l'ombilic, mais qui ne se déplace pas. Il y a de la fluctuation. Les poumons sont sains. Traitement : révulsifs et toniques.

Le 10 mai, trois mois après le début, ponction de 3 litres ; puis, avec un laveur, on fait passer 4 litres d'eau boriquée et un litre d'eau phéniquée à 1 pour 100, les solutions étant maintenues à 37°. On fait, en outre, du massage abdominal, pour répartir le liquide.

L'opération est suivie de sueurs abondantes, douleurs abdominales et vomissements bilieux. La température s'élève le soir même, puis redevient normale.

Le liquide ne se reproduit pas ; l'état général s'améliore rapidement. Un mois après, le ventre est resté douloureux et mat, mais sans fluctuation. Une ponction reste sans résultat, mais aussi sans aucune réaction.

En octobre, le ventre est devenu absolument indolore, souple et sonore. L'état général est excellent.

OBSERVATION 43. — CAUBET et BAYLAC. *Soc. méd. hôp.*, 20 décembre 1895.

Garçon 17 ans, bons antécédents. Dans l'hiver 1893-1894, il a eu une grippe, dont il s'est mal remis. A cette époque, son ventre augmente de volume et il perd des forces. Depuis octobre 1894, il est soumis à un traitement médical : repos, lait, diurétiques, sans aucun résultat.

A son entrée, le 20 décembre 1894, il est pâle, maigre, sans appétit. Diarrhée et constipation alternées. Le ventre mesure à l'ombilic 0,91 centim. ; la

matité remonte à 7 centim. au-dessus de l'ombilic. Il y a de la fluctuation. Le poumon droit en avant présente de la diminution de la sonorité et de l'élasticité, augmentation des vibrations, expiration prolongée ; inspiration rude, saccadée. Polymicroadénie.

Le 20 décembre, ponction de 7 litres et demi de liquide louche ; puis lavage, avec 10 litres d'eau stérilisée, à 46° ; on laisse 1 litre environ.

Opération indolore et sans aucune suite ; pas de température, à peine une légère douleur au moment de la défécation.

Le quatrième jour, l'épanchement a disparu. Empâtement au niveau de l'ombilic ; les anses intestinales paraissent épaissies et peu mobiles. Puis le ventre diminue, les urines augmentent et le malade sort un mois après. A ce moment il persiste un peu d'empâtement dans le flanc droit. Mais les digestions sont régulières, le poids a augmenté. Le poumon droit ne s'est pas modifié.

Un an après l'état général est assez satisfaisant pour que le malade puisse s'engager.

OBSERVATION 44. — GABBI. *Riforma medica*, 1897, t. I^{er}. (Trad. pers.)

Femme 22 ans, antécédents bons. Réglée à 14 ans régulièrement. Depuis le 9 août 1898, elle éprouve de la lassitude, de la fièvre ; elle a perdu l'appétit ; elle a des vomissements et des alternatives de diarrhée et de constipation. Rapidement son ventre a grossi ; puis, après une légère rémission, a repris au bout de trois mois le même volume. En même temps, l'état général s'aggravait.

A son entrée, état de dénutrition avancé, pas d'œdème, selles régulières ; ventre gros, fluctuant, douloureux, rendant impossible le palper des organes. Il y a une petite quantité de liquide libre. Dans les poumons, diminution de sonorité, et sibilances à gauche.

Le 5 décembre, ponction de 5 litres ; l'ascite se reproduit rapidement et devient gênante pour la respiration.

Le 16 janvier, ponction de 10 litres ; puis, on injecte 2 litres d'eau stérilisée, chauffée à 37° ; on les retire et on recommence, en agitant la malade, pour mettre le péritoine en contact avec le liquide. Il passe 16 litres en tout, qu'on retire complètement ; aucun accident consécutif, sauf une légère température le soir (38°). Le liquide ne s'est pas reproduit et la santé est devenue bonne.

A ces observations, nous devons joindre les cas cités dans le travail de Riva, publié dans les *Archives italiennes de clinique médicale*, 1891.

Nous reviendrons tout à l'heure sur les raisons théoriques qui ont conduit Riva à ce traitement. Cet auteur a fait des lavages avec peu de liquide d'abord, puis avec une quantité

plus considérable et en remuant le malade pour le laver. Il emploie l'eau stérilisée chauffée entre 37° et 40° et a soin d'évacuer complètement. Il rapporte 13 cas, dont 2 guéris en quelques jours et 11 guéris ou améliorés plus lentement, même avec des lésions pulmonaires.

La quantité de liquide ascitique a été très variable, parfois 2 ou 3 litres seulement, et avec adhérences. Toujours l'opération a été bien supportée, bien qu'il y ait eu parfois des nausées. La température s'élevait le soir même, puis retombait.

Riva fait remarquer ceci : chez les malades, où le lavage fut fait avec une petite quantité de liquide, où l'évacuation fut incomplète, la réaction fut considérable, l'exsudat se reproduisit pendant un temps variable, la guérison fut lente. Au contraire, chez les malades où le lavage fut fait avec une dizaine de litres de liquide et plus, où l'on agita le malade pour répartir le liquide, où l'évacuation fut ensuite complète, il n'y eut pas de réaction, la guérison fut rapide.

Des analyses du liquide furent, du reste, pratiquées pour déterminer la quantité d'albumine contenue, et Riva termine par les conseils suivants : agiter le malade, le pencher en tous sens ; comprimer l'abdomen, laver à plusieurs reprises jusqu'à ce que le liquide sortant contienne très peu d'albumine. A la suite de ces manœuvres, Riva a constaté de la polyurie, le rétablissement de l'état général, de l'engraissement, sauf dans un cas.

Nous nous trouvons donc en face de 17 cas suivis de succès. Il ne nous a pas été possible d'en découvrir d'autres ; mais il existe sûrement des cas non publiés, où le résultat a peut-être été différent. Cependant, aucun des adversaires de cette méthode n'en a apporté d'exemple, ni au moment de la communication de M. Debove en 1890, ni au moment de l'observation de Caubet en 1895. En réalité, du reste, cette méthode, pratiquée proprement, et les précautions ne sont pas difficiles à prendre, nous semble aussi bénigne qu'une ponction simple.

Les auteurs français n'ont pas voulu se compromettre dans

une théorie sans bases sûres. Ils ont procédé par analogie avec ce que faisaient les chirurgiens, et, ayant quelques cas heureux, les ont communiqués. Au contraire, Riva veut faire de sa méthode un traitement rationnel et commence par une explication, que nous allons discuter. Voici ses arguments :

La laparotomie a de nombreux succès ; or, on ne peut attribuer ces réussites à l'action des antiseptiques, puisqu'elles sont aussi nombreuses, sinon plus, dans les cas où on n'a employé aucun antiseptique. On ne peut les attribuer à l'air, puisque l'air pénètre librement dans le poumon qui est si souvent tuberculeux (?).

Il est donc probable que la guérison est due :

1° A l'évacuation complète de l'ascite, ce qui modifie les conditions mécaniques ;

2° A l'action du liquide qui entraîne les dépôts floconneux et peut agir sur l'endothélium du péritoine.

Nous croyons, comme Riva, que le lavage n'agit nullement comme antiseptique. Quant à l'argument, tiré de la présence de tubercules dans le poumon, il ne nous semble pas sérieux ; il y a une différence de structure et de fonctions assez considérable entre le poumon et le péritoine, pour que ce qui est indifférent à l'un puisse être fort nuisible à l'autre.

L'évacuation de l'ascite n'a pas besoin d'être suivie de lavages pour être complète et pourtant elle semble moins active. Il est, d'un autre côté, bien difficile d'admettre que la quantité d'albumine, contenue dans les quelques cuillerées de liquide résiduel, ait une influence sérieuse sur le pronostic. Il nous semble donc que, des raisons données par Riva, seule la dernière mérite d'être discutée.

L'eau stérilisée n'est nullement, en effet, un liquide inoffensif pour les cellules du péritoine, et, comme le faisait remarquer M. Hayem dans la séance de la Société des hôpitaux, où fut apportée l'observation de Caubet, si l'on veut faire agir un liquide d'une façon mécanique, sans aucune action sur les cellules, c'est au sérum qu'il faut s'adresser, et si M. Caubet a

pris de l'eau distillée, c'est précisément pour employer un liquide inoffensif, mais non indifférent. Ceci, du reste, ne fait que reculer un peu la question : si ces constatations nous donnent le pourquoi, elles ne nous donnent pas le comment de la guérison.

En somme, cette méthode des lavages n'est pas une méthode bien différente de celle que nous allons décrire maintenant. On avait employé des agents faiblement modificateurs, en grande quantité; nous allons voir comment on s'est servi d'agents très actifs à faible dose.

Naphtol camphré. — Nous ne reviendrons pas sur les différents produits irritants, que l'on avait conseillé d'injecter dans le péritoine, en vue de guérir la péritonite tuberculeuse. Un seul d'entre eux, en effet, a été utilisé plusieurs fois : c'est le naphtol camphré; nous en avons réuni ici un certain nombre d'observations qui, toutes du reste, sont dues à des auteurs français. Nous n'avons trouvé aucune trace de ce traitement dans les journaux étrangers. Nous avons réuni à ces observations un cas d'emploi de la liqueur de Van Swieten.

Les deux premières observations publiées sont dues à M. Rendu; nous ne les rééditons pas; elles ont été publiées au long dans les comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux et dans la thèse de Guignabert. M. Rendu a eu également un 3^e cas favorable, dont il n'a pas donné les détails.

De l'histoire clinique de ces malades, rappelons seulement que c'étaient deux femmes jeunes, atteintes d'ascite tuberculeuse et, en même temps, de lésions pleuro-pulmonaires. Étant externe de M. Rendu à cette époque, nous avons pu suivre l'évolution de ces malades : le lendemain de l'injection, on notait des douleurs abdominales, vives, quelques nausées, de l'élévation de la température. Les jours suivants, les phénomènes s'amendaient, pendant que les troubles pleuro-pulmonaires recevaient un coup de fouet et semblaient prendre une prédominance grave. Puis, au bout d'une à deux semaines, tout était rentré dans l'ordre :

l'ascite ne se reproduisait pas ; mais elle était remplacée par un empâtement abdominal, diffus d'abord, puis localisé à la région épigastrique, qui disparut en cinq semaines dans l'un des cas, en trois mois dans l'autre.

M. Rendu, en 1895, à l'occasion d'une observation analogue de M. Catrin, que nous citons plus loin, donna des renseignements sur un troisième malade traité plus tard. Deux étaient en parfait état ; l'autre, objet de la première communication, avait été reprise d'accidents tuberculeux osseux, pulmonaires et rénaux et était morte un an après de cachexie.

À l'autopsie, on voyait les traces d'une péritonite ancienne ; toute trace de tuberculose avait disparu : pas de gâteau, pas d'empâtement caséeux ; les anses intestinales étaient mobiles. Seuls, quelques ganglions mésentériques restaient engorgés.

Nous allons maintenant citer, en les résumant, les autres observations :

OBSERVATION 45. — CATRIN. *Soc. méd. hôpit.*, 4 mai 1895.

Homme alcoolique, atteint de péritonite tuberculeuse, avec lésions pulmonaires avancées ; état général grave ; les antécédents héréditaires et personnels sont très mauvais.

Dix-sept jours après son entrée, le 26 mars, le météorisme, l'abondance de l'épanchement et la dyspnée consécutive obligent à faire une ponction. On retire 4 lit. 200 de liquide citrin. Inoculation au cobaye positive.

Le 9 avril, les mêmes phénomènes obligent à une nouvelle ponction de 4 litres ; puis, on injecte 10 grammes de naphтол camphré. Une réaction assez vive suivit : il y eut une sensibilité abdominale marquée, une sensation de chaleur dans tout l'abdomen. Une semaine après, on sentait un gâteau péritonéal du côté où avait eu lieu l'injection. Le liquide reparut d'abord, puis diminua et, deux mois après, il avait complètement disparu, laissant place à une péritonite adhésive, analogue à celles décrites par M. Rendu. Mais les lésions pulmonaires n'ont pas suivi la même progression.

M. Catrin parle en même temps de 2 autres péritonites tuberculeuses, non traitées, et dit qu'il a choisi, pour expérimenter le naphтол, le cas le plus défavorable des trois.

OBSERVATION 46. — SPILLMANN. *Revue méd. de l'Est*, 1894.

Enfant de 13 ans, bons antécédents, a eu en novembre 1893 l'influenza ;

il a conservé depuis de la céphalalgie et des douleurs abdominales. En janvier 1894 il a été pris de toux, de sueurs avec fièvre. La douleur a augmenté, le ventre grossit et l'enfant pâlit, perd des forces.

Entre le 20 février à l'hôpital. A hauteur de l'ombilic, l'abdomen mesure 73 centim.; il est mat jusqu'à l'ombilic; on sent de la fluctuation; mauvais état, anorexie; diarrhée et constipation alternées. Les deux sommets, surtout le droit, sont indurés et il y a un léger épanchement de la plèvre droite. Température, 39°; pouls, 120.

Le 8 mars, on retire 850 grammes de liquide et on injecte 10 grammes de naphthol camphré. Dans la journée, vomissements. Température, 38°; pouls, 128. Le lendemain, la température persiste, le ventre est douloureux, pas de vomissements. Les jours suivants, il se produit un gâteau péri-ombilical; la toux et l'épanchement pleural augmentent.

Pendant un mois, l'enfant reste faible, pâle, toussant, le pouls rapide; mais l'abdomen devient souple et indolore; à partir du milieu d'avril, la fièvre tombe, les selles deviennent régulières, les symptômes pulmonaires s'améliorent.

Au bout de quelques mois, cet enfant, revu, peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION 47. — DEMMLER. *Gaz. hôpit.*, 14 avril 1894.

Jeune soldat, atteint de tuberculose généralisée, avec localisation sur le péritoine et l'intestin. Il a le ventre tendu, empâté, avec de la matité dans les fosses iliaques. On institue comme traitement, de la glycérine créosotée, et des frictions mercurielles.

Au bout d'un mois, le malade dépérissant, on retire par ponction 4 litres de liquide, et on injecte 15 gr. de liqueur de Van Swieten. Il y a un soulagement momentané; mais la diarrhée persiste, et l'épanchement reparait. Sept jours après, on retire 7 litres de sérosité, et on injecte 5 gr. de naphthol camphré.

A la suite de ce traitement, les phénomènes péritonéaux diminuent, la diarrhée s'atténue un peu, la fièvre cesse, l'épanchement ne se reproduit pas. L'abdomen est le siège d'un empatement diffus.

Le malade s'affaiblit lentement et meurt deux mois après.

L'autopsie montre qu'il est mort d'une granulie pleurale. Le péritoine ne contient pas de liquide, l'épiploon adhère à l'intestin; les anses intestinales sont accolées, recouvertes de fausses membranes, sur lesquelles on trouve des nodules caséux. En outre, il y a dans le flanc gauche une collection caséuse.

OBSERVATION 48. — DU CAZAL. *Soc. méd. hôpit.*, 14 mai 1897.

Homme entré le 4 février, atteint de tuberculose pulmonaire et péritonéale. Il tousse depuis trois mois, a eu un peu de constipation, mais, actuel-

lement, est en proie à une diarrhée continue. Il est dans un état de cachexie avancée. Les deux poumons sont infiltrés, et le poumon droit est en voie de ramollissement. Le ventre, sensible à la pression, contient de l'ascite. Température entre 38 et 39°.

Le 20 février, on retire 2 litres de sérosité, et on injecte 8 centim. cubes de naphtol camphré.

Aucune réaction. Le lendemain, la température est tombée et, depuis, la guérison a marché d'une façon ininterrompue. Il n'y a eu ni coliques, ni diarrhée. L'appétit revient. Le poids a augmenté de 7 kilos en deux mois. L'état général est excellent. Le ventre, absolument indolore, a repris son volume normal ; on ne trouve plus que quelques indurations dans le péritoine ; la plus grosse, étant au niveau du point ponctionné, est du reste en voie de régression. Les poumons eux-mêmes sont améliorés, au point de vue des troubles fonctionnels, et aussi des symptômes physiques.

OBSERVATIONS 49 et 50. — NETTER. *Soc. méd. hôpit.*, 10 mai 1895.

I. — Garçon, 9 ans et demi, atteint de péritonite tuberculeuse. Ponction de 1,800 gr. le 21 janvier, injection de 5 gr. de naphtol camphré.

L'injection, nullement douloureuse, fut suivie de la production du gâteau péritonéal habituel. Mais, quelques jours après, on vit s'établir une fièvre hectique ; l'enfant dépérit de jour en jour, et mourut le 23 avril. On trouva peu de lésions pulmonaires, une carie du temporal, qui avait amené une paralysie faciale, et une péritonite à forme ulcéreuse, qui n'avait pas été enrayée par le traitement.

II. — Fille, 7 ans et demi, strumeuse, à ventre très gros, avec ascite semblant libre ; cependant, une ponction ne ramena que 250 gr. de liquide. On injecte 1 gr. 50 de naphtol camphré. Puis, on prescrit de l'huile de foie de morue et des injections sous-cutanées de galacol. Rapidement, le ventre s'affaissa, devint souple et indolore, sauf au point d'injection, où pendant un mois persista un noyau induré. L'inoculation du liquide retiré fut positive.

L'enfant, revue, est en excellent état ; son ventre est normal.

En somme, nous comptons en tout 9 cas rapportés, parmi lesquels 2 malades, ceux de MM. Netter et Demmler, n'ont eu aucune modification dans la marche de l'affection, et une malade, celle de M. Rendu, est morte de lésions tuberculeuses d'autres organes, mais avec un péritoine guéri ; donc 3 morts sur 9. Rappelons que les malades de MM. Netter et Demmler avaient, à l'autopsie, des lésions ulcéreuses et caséuses.

Que devons-nous penser de ces deux méthodes de traitement, si

analogues en somme ? En étudiant tous ces cas, nous voyons que nous avons eu affaire presque toujours aux formes dites fibreuses, c'est-à-dire à des péritonites, avec une ascite de quantité variable, assez libre dans la grande cavité. De plus, nous devons remarquer, qu'aussitôt la réaction péritonéale aiguë éteinte, on a senti se former un gâteau épais, un empâtement, qui s'est petit à petit resorbé. Dans les cas à lavage, comme le fait observer Riva, il y a eu moins de réaction, mais reproduction de l'ascite pendant quelques jours. Dans les cas à naphtol, la réaction est souvent vive, mais l'ascite ne réapparaît plus, et la formation du gâteau est immédiate.

Nous croyons utile de dire en quelques mots le mode de procéder. La peau étant soigneusement savonnée et brossée, l'opérateur étant lui-même propre, on prend un trocard assez fin, et l'on ponctionne, non pas sur la ligne classique, dont on ne doit nullement se préoccuper, mais en un point, où l'on n'entend nulle sonorité ni superficielle, ni même profonde. On évacue le liquide, et l'on procède soit au lavage, soit à l'injection de naphtol. Puis, en ayant soin de ne pas laisser dépasser la canule dans l'abdomen, on brasse la masse intestinale, on l'agite de façon à mettre toute la surface du péritoine en contact avec le liquide modificateur. Ces mouvements doivent être faits avec douceur, pour ne pas projeter et déchirer sur la canule un intestin déjà friable.

Si l'on procède au lavage, il faut faire passer à plusieurs reprises le liquide dans l'abdomen, puis l'évacuer complètement.

Si l'on procède à une injection de naphtol camphré, il est bon de ne pas retirer la totalité de l'épanchement, pour que celui-ci serve en quelque sorte de véhicule au naphtol, qui est gluant et trop caustique pour être laissé en contact prolongé avec un point limité de la séreuse.

L'instrument, qui servira, sera du reste quelconque : un bock pour les lavages, une seringue de Pravaz pour le naphtol camphré ; puis on retire la canule, et on ferme avec du collodion.

Indépendamment de toute idée théorique sur le mode d'action de ce traitement, la façon dont on doit opérer montre que la méthode ne peut s'appliquer à tous les cas. Si l'on a affaire à une série de poches enkystées, il faudrait en effet agir sur chacune d'elles séparément, et il est à craindre soit qu'un caustique, insuffisamment dilué dans la petite quantité de sérosité restante, ne produise des désordres graves, soit que le lavage ne fasse céder les adhérences et pénétrer dans la grande cavité un liquide qui peut être purulent.

Si, au contraire, on a affaire à une forme à peine ascitique, on aura à craindre de ponctionner au voisinage de l'intestin, et même de le blesser directement. Donc, la prudence exige que l'on n'emploie ce procédé que dans des cas, où il y aura de l'ascite assez abondante, et sans adhérences. Ce sont là, du reste, les cas les plus bénins, les plus favorables à tous les traitements, et nous en avons vu guérir un certain nombre spontanément. Mais, si nous regardons bien les faits exposés, nous voyons que certains cas, où l'on est intervenu, étaient des cas graves, où d'autres traitements avaient déjà échoué, où le malade s'affaiblissait visiblement; que, toujours du reste, l'amélioration s'est manifestée après le traitement; et qu'on ne peut voir là une simple coïncidence. Que quelques malades fussent destinés à guérir, nous voulons bien l'admettre; mais c'est bien certainement le traitement qui a ouvert la voie à la guérison.

Par quel processus? Nous n'en savons trop rien, à vrai dire. Aucune explication n'a été tentée par les auteurs. Mais, à la fin de notre travail, nous tâcherons de découvrir, dans les différents traitements exposés, une action commune à tous, qui nous permettra peut-être de donner une explication du processus curatif.

Une autre question reste à résoudre. Quels sont les dangers de ce traitement? Nous avons vu qu'il existait toujours une réaction péritonéale, d'intensité variable. Cette réaction peut-elle dépasser la mesure et être dangereuse? Un seul cas a été cité par M. Netter: c'est une fillette morte avec des phénomènes

éclamptiques, quelques heures après une injection de naphthol camphré, et à ce sujet M. Legendre a rapporté des accidents analogues, observés chez des cobayes, à la suite d'injection de naphthol camphré dans un péritoine sain. Mais la malade de M. Netter n'avait pas trace de péritonite tuberculeuse. C'était une cirrhotique.

Il est donc probable que le péritoine tuberculeux réagit moins, ou autrement que le péritoine non tuberculeux, et ce fait de M. Netter nous invite à faire un diagnostic rigoureux, avant d'user de ce traitement. Il n'infirme en rien sa valeur; il démontre simplement qu'il faut s'abstenir dans les cas douteux.

Nous croyons donc devoir accepter les méthodes de traitement, que nous venons de décrire, comme applicables dans certains cas déterminés.

CHAPITRE VI

Ponction suivie d'injection gazeuse.

La théorie, qui avait été le point de départ des traitements, que nous venons d'exposer, n'avait pas été admise sans discussion ; beaucoup d'auteurs lui objectaient que les lavages du péritoine ne semblaient pas bien utiles et que maints malades avaient guéri, après une simple évacuation de leur épanchement, après une laparotomie purement exploratrice. Puisque l'explication donnée de la guérison était inapplicable à tous les cas, il devait y en avoir une autre.

La ponction seule donnant un trop petit nombre de résultats heureux, on pensa que l'action de la lumière et de l'air pourrait expliquer enfin d'une façon définitive cette guérison. Le premier médecin, qui mit en pratique cette idée, fut Mosetig-Moorhof, qui publia, dans la *Wiener medical Presse* du 1^{er} janvier 1893, un cas d'insufflation d'air dans un péritoine tuberculeux.

Nous trouvons ensuite plusieurs autres cas semblables, et la méthode fut étendue jusqu'à des cirrhoses atrophiques du foie. Relatons d'abord les observations ; nous passerons ensuite à quelques cas étudiés par Brial dans une thèse de Bordeaux.

OBSERVATION 51.— MOSETIG-MOORHOF. *Wiener medic. Presse*, 1^{er} janvier 1893.

Garçon de 4 ans, entré à l'hôpital en mai 1892, présentant une ascite considérable, communiquant avec une hydrocèle funiculaire : l'épididyme et les vaisseaux déférents présentent des nodules tuberculeux. On incise la vaginale, on enlève les parties malades et, par le canal inguinal, on passe un drain, qui laisse écouler 1,700 grammes de liquide. On insuffle alors, par ce drain, de l'air ayant barboté dans une solution phéniquée chaude, jusqu'à distension des parois abdominales ; puis on retire le drain et on suture.

Aucune réaction : l'air est résorbé en deux jours. En octobre, soit cinq mois après, l'enfant se portait bien, sans trace d'ascite.

OBSERVATION 52. — MOSETIG-MOORHOF. *Wiener medic. Presse*, 2 juillet 1893.

Homme de 21 ans, entré à l'hôpital en décembre 1892, avec une ascite considérable : circonférence abdominale, 79 cent. Tuberculose du radius gauche, infiltration des deux poumons. Cœur normal, urines également. Une laparotomie donne issue à 8 litres de liquide louche et confirme le diagnostic.

L'ascite se reforme rapidement : on fait une paracentèse et on insuffle comme plus haut de l'air. Réussite incomplète, l'ascite reparait en quelques semaines. Deuxième paracentèse, avec écoulement de neuf litres de liquide ; on fait une insufflation avec de l'air ayant barboté dans l'acide phénique.

Le liquide reparait un peu, puis disparaît à la suite d'une crise urinaire. La guérison fut retardée par l'apparition d'un épanchement pleural ; mais le malade sortait en mai 1893, guéri de sa tuberculose abdominale, sans modification des autres localisations.

OBSERVATION 53. — GANGOLPHE. *Lyon médical*, 12 juin 1898.

Le malade a déjà subi toute une série d'opérations pour tuberculoses chirurgicales : ablation du testicule droit en juillet 1893, résection du poignet droit en août 1894. A la même époque, série de petits abcès tuberculeux le long du cordon de son testicule enlevé.

Le 28 février 1897, ponction de 10 litres.

Récidive : le 2 février, 7 litres ; puis M. Teissier pratique alors des injections d'oxygène. Le 13 avril, 16 litres de liquide, injection d'oxygène ; le 7 mai, ponction de 17 litres, pas d'injection. Petit à petit l'épanchement disparut et le malade reprit son travail.

OBSERVATION 54. — FOLET. *Revue de chirurgie*, décembre 1894.

Femme de 41 ans, ayant eu une pleurésie il y a dix ans, atteinte depuis six mois de bronchite, d'entérite et d'abcès ganglionnaires. Le ventre est, en même temps, devenu douloureux ; l'ascite est apparue.

La malade ayant refusé la laparotomie, on fait une ponction, qui donne 6 litres de liquide séreux, puis on injecte 3 ou 4 litres d'air, sans aucune stérilisation. Un mois après, le ventre n'est plus douloureux, l'ascite n'a pas reparu, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est bon.

Revue huit mois après, la malade présente seulement un peu d'induration du sommet droit. Elle n'a, du reste, suivi aucun autre traitement.

OBSERVATION 55. — Recueillie dans le service de M. POTAIN.

Le malade a actuellement 61 ans. Il vint pour la première fois dans le service en 1894. Il était alors malade depuis un mois, s'étant aperçu que son ventre grossissait et augmentait, plus rapidement encore depuis quinze jours ; il avait un peu de diarrhée, sans autres troubles.

Les urines étaient peu abondantes, foncées, chargées de dépôts uratiques, sans albumine ; le foie semblait petit, l'ascite était considérable et l'abdomen mesurait 115 centim. de circonférence ; œdème des membres inférieurs, dyspnée.

On lui fit une série de ponctions simples, variant de 11 à 15 litres, répétées tous les vingt jours environ.

Mais trois mois après son entrée, comme il se manifestait une bronchite caractérisée, le diagnostic, hésitant d'abord, fut posé de péritonite tuberculeuse et M. Potain résolut d'essayer les injections d'air dans le péritoine. Le 11 décembre 1894, après avoir retiré 15 litres de liquide, on injecta 1 lit. 5 d'air ayant barboté dans de l'eau phéniquée. Aucune réaction ne suivit ; le ventre fut ballonné et au bout de quelques jours, on entendait dans l'abdomen la succussion hippocratique.

On dut cependant renouveler la ponction vingt-deux jours plus tard et on retira 13 litres ; vingt et un jours après, ponction de 14 litres et injection de 2 litres d'oxygène ayant passé dans l'eau phéniquée.

A partir de ce moment, les urines augmentèrent et le malade fut un peu mieux. De plus, l'ascite se reproduisait lentement et les ponctions s'espacèrent à des intervalles de un mois à six semaines. On les faisait suivre de l'injection de 2 litres environ d'oxygène, et la quantité de l'épanchement diminuait du reste chaque fois.

Le malade, se trouvant assez bien pour reprendre son métier, sortait le 10 juillet 1896 et il revenait de temps en temps se faire ponctionner.

Cependant à la fin de 1896, il semble que les ponctions se rapprochent. On essaie de soumettre l'oxygène, avant son injection, aux rayons Röntgen. Le résultat n'en semble pas meilleur, et on ne le revoit que plusieurs mois après. Mais ayant pris froid à la fin de 1897, il revient nous trouver. On doit faire coup sur coup plusieurs ponctions, toujours suivies d'injections d'oxygène soumis ou non à l'action des rayons. Une ponction, suivant l'injection d'un gaz soumis aux rayons, a donné du liquide hémorrhagique ; mais le fait s'est renouvelé cette année après injection d'azote.

Ce gaz a été essayé 2 fois à la 34^e et 35^e ponction. Depuis 1898, la quantité de l'épanchement retiré à chaque ponction a augmenté et est d'environ 20 à 25 litres.

Il semble que les injections d'azote aient été plus favorables. En effet, les ponctions précédentes étaient séparées dans le courant de 1898 par un espace de temps variant de un à trois mois. Entre la 33^e et la 34^e s'étaient écoulés

quarante-deux jours. Or, entre la première injection d'azote (34^e) et la suivante (35^e) il s'écoule quatre mois et demi; et depuis la 35^e ponction, datant du 2 août 1899 jusqu'à aujourd'hui, décembre 1899, le malade n'a pas reparu.

Il existe encore un certain nombre d'observations semblables. Onze d'entre elles sont publiées dans la thèse de Brial : nous ne voulons pas les recopier ; nous les analyserons simplement. Du reste, sur les onze, il faut supprimer les deux de Mosetig-Moorhof et celle de Folet, que nous avons rapportées plus haut.

Nous trouvons deux observations de Duran, de Barcelone ; une de Lenoir, une de Wannebroucq, deux de Wins et deux personnelles à l'auteur, prises dans le service de M. Picot, de Bordeaux.

Dans tous les cas l'intervention a été unique.

Il s'agissait toujours d'un épanchement abondant, sauf dans une des observations de l'auteur, où la quantité était minime. La mort survint, du reste, trois mois après, par phthisie pulmonaire, l'abdomen semblant guéri.

Tous les auteurs n'ont pas eu la précaution de stériliser le gaz injecté. La plupart ont employé l'air passant dans une solution chaude d'eau phéniquée, et quelques-uns l'ont stérilisé simplement ; Wannebroucq a employé l'oxygène créoliné.

L'appareil employé est très variable. Les uns ont préféré l'appareil Potain, d'autres le simple pulvérisateur de Richardson.

Sur les 11 cas de Brial, 9 étaient guéris, 1 amélioré, 1 mort.

Nous devons enfin ajouter trois cas, cités par Nolen à la même époque que Mosetig-Moorhof : ces malades étaient deux adultes et un enfant. Des ponctions simples avaient été suivies de récurrence ; une ponction, suivie d'injection d'air stérilisé et chauffé, amena la guérison.

En résumé, nous trouvons 15 cas de péritonite tuberculeuse traités par ce procédé, sur lesquels 1 mort, 2 améliorations. Nous y reviendrons, mais nous voulons d'abord rappeler les expériences de M. Teissier rapportées au Congrès de la tuberculose en 1898.

M. Teissier injecte dans le péritoine de cobayes et de lapins une émulsion légère dans l'eau, de culture de tuberculose humaine ; aussitôt après, ou seulement au bout de plusieurs jours, il injecte dans le péritoine 150 à 200 centim. cubes pour le cobaye, 300 à 400 centim. cubes pour le lapin, d'un gaz stérilisé, qui est soit l'oxygène, soit l'azote, soit l'air atmosphérique. Des trois gaz, c'est l'oxygène qui semble se résorber le plus vite.

Les animaux témoins ont succombé au bout de vingt-cinq à trente-cinq jours, avec des lésions du péritoine, du foie et de la rate.

Les animaux, traités par la méthode ci-dessus, ont vécu de un mois et demi à trois mois. A l'autopsie, le péritoine était normal macroscopiquement, le foie et la rate également. Dans les cas traités par l'oxygène, il restait pourtant quelques lésions sur le péritoine, mais exclusivement sur le péritoine. Au contraire, dans les cas où l'on avait injecté de l'air, ou de l'azote, le péritoine était sain, mais les poumons étaient tuberculeux.

Il est donc incontestable, que les gaz injectés dans la cavité péritonéale ont une action sur la guérison de la tuberculose. Faut-il donc attribuer à l'action de l'air la guérison à la suite des laparotomies ?

Nous ne le pensons pas. En effet, le bacille de Koch est aérobie ; et il semblerait, que lui fournir de l'air dans le péritoine doit aider à sa pullulation.

Mais, quand nous injectons les gaz de l'air séparés, nous nous trouvons dans des conditions différentes. En effet, M. Teissier a montré que, lorsqu'on cultive le bacille de Koch, dans une atmosphère d'oxygène ou d'azote, la vitalité des bacilles diminue beaucoup, surtout avec ce dernier gaz. L'observation 55 ne peut guère nous servir dans notre discussion, parce qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose péritonéale pure, mais bien d'un cas où il existe une cirrhose concomitante, avec foie petit et rate grosse. Mais il semble que les injections d'oxygène et surtout d'azote doivent être préférées aux injections d'air. Si nous voyons que presque tous les auteurs ont employé l'air atmos-

phérique avec succès, remarquons qu'ils ont eu soin de le faire barboter dans de l'eau phéniquée, que cet air était devenu irritant pour le péritoine, et que son action était par suite complètement modifiée.

Nous avons vu que la technique variait avec les opérateurs. Elle est toujours simple. La ponction faite, on adapte sur la canule un tuyau de caoutchouc, communiquant avec le réservoir de gaz et on injecte ce gaz, par un procédé quelconque.

M. Potain se sert d'un appareil à déplacement, qui est d'une simplicité absolue à construire. Il a l'avantage de pouvoir mettre dans l'eau chaude le récipient à gaz.

Il nous semble imprudent d'imiter la conduite de M. Folet et d'injecter de l'air non stérilisé.

Sans doute le fameux ballon de Pasteur, à col recourbé, a montré que le fait seul pour l'air de traverser un long conduit fin, suffisait à le débarrasser de ses poussières, à l'aseptiser. Cependant, il nous semble plus prudent et bien simple de placer dans le trajet, un tube de verre contenant de l'ouate, ce qui est le meilleur moyen de stérilisation, et il n'est pas inutile de faire barboter le gaz dans un liquide, qui sera légèrement irritant.

Nous ne trouvons, pour expliquer l'action bienfaisante de cette thérapeutique, aucune raison satisfaisante. Cependant, il nous est impossible de ne pas voir cette action. Les résultats obtenus sont très instructifs, et la méthode doit être retenue.

Il nous paraît que les contre-indications sont celles de toutes les ponctions abdominales, et nous en avons déjà parlé dans le chapitre précédent. Ce sont : le soupçon d'adhérences entre l'intestin et la paroi, et la tendance aux formations fibreuses, qui pourraient avoir formé des cloisonnements, et limiteraient le champ de l'opération à un trop petit territoire péritonéal. La forme ascitique semble donc être la seule, où ce traitement soit applicable, avec les plus grandes chances de succès.

CHAPITRE VII

Rayons Röntgen.

Le mode du traitement, par lequel nous terminons notre étude, est absolument récent, si récent même qu'il ne nous a été possible de trouver, dans toute la littérature médicale, qu'une seule observation clinique. De plus, dans l'observation 55, on a vu que, plusieurs fois, l'oxygène injecté avait été soumis à l'action des rayons X.

Nous avons heureusement des expériences de laboratoire, rapportées par MM. Bergonié et Teissier au Congrès de la tuberculose de 1898.

Dès que les premières communications eurent appelé l'attention sur les rayons cathodiques, un certain nombre de savants étudièrent leur action sur les milieux de culture, et après les résultats, en apparence favorables, publiés par d'Arsonval, nombre de médecins tentèrent d'appliquer à la tuberculose pulmonaire ce mode de traitement.

Très encourageante d'abord, cette méthode ne tarda pas à donner des mécomptes et fut abandonnée. Mais il était intéressant de savoir pourquoi certains sujets avaient été améliorés, sinon guéris, et quel était le processus de guérison. MM. Bergonié et Teissier ont étudié d'abord l'action des rayons X sur les cultures tuberculeuses, puis sur différentes séries d'animaux.

Dans une première série, ces expérimentateurs établirent que l'action, même prolongée, des rayons X, mais placés à une distance suffisante pour éviter les radiations électriques, ne modifiait en rien les cultures, tant au point de vue vitalité, qu'au point de vue virulence.

Ce point établi, ces auteurs inoculèrent sous la peau une série de cobayes ; puis, immédiatement après, en soumirent un certain nombre à l'action des rayons. Les expositions furent de dix minutes tous les deux jours. Le résultat fut nul, aussi bien sur la lésion locale que sur l'état général. Mais les sujets en expérience perdirent de leur poids, et moururent plus vite que les témoins. A l'autopsie, les lésions étaient identiques. Donc le traitement était défavorable.

Ces Messieurs procédèrent ensuite à des inoculations intrapéritonéales en séries :

1^{re} SÉRIE. — Cultures de virulence faible. Exposition tous les deux jours pendant dix minutes. La survie est plus longue chez les animaux en expérience que chez les témoins. Mais, à l'autopsie, on trouve des lésions analogues, sauf que le péritoine est épaissi.

2^e SÉRIE. — Cultures fraîches de virulence moyenne. L'exposition est d'une demi-heure tous les jours. Les variations de poids sont les mêmes que chez les témoins et les lésions identiques ; cependant, on trouve des hémorragies dans l'intestin et dans le péritoine des sujets en expérience.

3^e SÉRIE. — Culture de virulence faible. Exposition une heure, tous les jours. Le poids reste le même chez les animaux exposés aux rayons et chez les témoins. Les lésions à l'autopsie sont analogues, mais chez les premiers la survie est moindre, et on trouve des foyers hémorragiques comme dans la série précédente.

Ainsi les résultats de ces recherches montrent que l'exposition au rayon peut être utile dans quelques cas, mais que, la plupart du temps, elle est plutôt nuisible, et la complication hémorragique est assez sérieuse, pour nous rendre prudents dans ces essais. Nous allons, du reste, la retrouver dans l'observation publiée par MM. Ausset et Bédard dans les *Archives d'électricité médicale*.

Nous résumons cette observation.

OBSERVATION 56. — AUSSET et BÉDART. *Archives d'électricité médicale*, 15 avril 1899.

Fille de 9 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, à forme ascitique. Entre le 21 septembre 1897.

Le lendemain et le surlendemain, ponctions de un litre et demi et un litre. Le 23 novembre, l'enfant a beaucoup maigri. État général mauvais. Le liquide s'est reproduit. M. Folet fait une laparotomie, qui confirme le diagnostic. Le 22 décembre, on doit pratiquer une nouvelle ponction ; le 11 janvier, une autre. On donne des lavements créosotés ; à ce moment on sent des masses péritonéales indurées.

Le 16 février, nouvelle ponction. Le 7 mars, le ventre a notablement augmenté de volume, l'ascite se reproduit ; on cesse tout traitement, et on soumet l'enfant à l'action de l'ampoule de Crookes, gros modèle, placée à 20 centim., puis à 13 centim. du ventre, distance minima à cause des étincelles. Les séances sont de dix jusqu'à vingt minutes ; on les cesse dans le courant d'avril ; puis elles sont reprises et continuées, jusqu'en juillet. Le poids baisse pendant plusieurs jours, remonte ensuite très légèrement.

Le 15 mars, une ponction exploratrice donne issue à un liquide hémorrhagique.

Le 6 mai, deux ponctions restent absolument blanches. Le liquide ne s'est pas reproduit depuis.

Actuellement, plus d'un an après le début de l'observation, l'enfant pèse 33 kil. 200 ; son ventre est resté assez gros (68 centim. de circonférence), mais il est souple, sans aucune induration ; l'état général est excellent et la seule trace qui reste du traitement, c'est une forte pigmentation de la peau, dans la région exposée.

Pour compléter, disons qu'on fait, suivant la méthode de Sérot, des injections de sérum artificiel, pour déceler la tuberculose et que ces inoculations, suivies de réaction vive en juillet, sont restées sans effet au mois d'octobre.

Cette observation mérite discussion. La guérison de l'enfant paraît incontestable ; est-elle due à l'action des rayons X ? Oui en apparence ; mais il nous reste quelques doutes.

La laparotomie a été inutile, puisque trente et un jours et quarante-six jours après, on doit reponctionner ; mais, au moment où on a commencé le traitement créosoté, on a senti (11 janvier) des masses péritonéales indurées, et la ponction n'a été jugée nécessaire que cinq semaines après, alors que les deux précédentes n'étaient séparées que par un intervalle de seize jours.

Il y a donc eu là une amélioration, puisque le liquide s'est reproduit moins vite.

Et les masses indurées, quelles sont-elles ? Nous n'avons pas suffisamment de détails ; mais elles rappellent les masses indurées de la première observation de Rendu. Dans celle-là aussi, l'amélioration ne se produisit nettement, que plusieurs mois après l'intervention. Je ne reprocherai sans doute pas aux auteurs de s'être trop pressés d'employer un traitement, puisque la malade en a profité ; mais je n'ose pas conclure que le bienfait de la guérison doit être attribué aux rayons X.

Je me crois autorisé à dire, qu'au moment où cette nouvelle médication est intervenue, la péritonite à forme ascitique tendait à devenir fibreuse, et que les indurations étaient loin de constituer un pronostic défavorable.

Retenons, en outre, ce fait, qu'après quelques jours de traitement, l'épanchement était devenu hémorrhagique. C'est là une complication bien dangereuse, qui nous éloignerait pour toujours du désir de soumettre à une telle action les tubercules à tendances ulcéreuses et en particulier la tuberculose pulmonaire.

Il y a, du reste, un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire, où l'exposition aux rayons X a amené des fluxions, des congestions à conséquences graves. Et cette action fâcheuse, nous la retrouvons dans les expériences de Teissier et dans l'observation 55.

Nous concluons donc ce chapitre, en disant que cette observation fort intéressante et les expériences de MM. Teissier et Bergonié ne sont pas encourageantes pour ce mode de traitement.

CHAPITRE VIII

Action des traitements sur le péritoine.

Après avoir étudié les différents procédés employés dans la cure de la péritonite tuberculeuse, il nous reste à voir comment ces procédés agissent, quelle est la suite des phénomènes durant la régression des tubercules.

Prenons d'abord les guérisons survenues sans action directe sur le péritoine. Voici, d'une façon générale, les symptômes présentés par nos malades : l'épanchement péritonéal s'atténue d'abord ; lorsqu'il est assez peu abondant, pour qu'on puisse palper l'abdomen, on perçoit, dans la cavité, des masses, de forme inégale, mais de consistance ferme ; ces masses, formées par des adhérences, sont d'une étendue fort variable, depuis quelques brides, jusqu'à d'énormes gâteaux recouvrant tout le ventre ; puis, lentement, les gâteaux diminuent d'épaisseur et de volume, et disparaissent enfin.

Quand nous avons exercé une action directe sur le péritoine, les mêmes phénomènes se représentent : il y a également production d'adhérences, qui se résorbent ensuite. Cette formation de gâteaux indurés a été au maximum dans les cas traités par la méthode de M. Rendu ; elle se retrouve, à un degré moindre, dans les autres méthodes.

Dans les laparotomies, elle est au minimum, semble-t-il ; mais nous croyons que cette contradiction est facile à expliquer. Dans toutes les observations de laparotomie, les renseignements qu'on nous donne portent sur la réaction générale de l'organisme, sur la température. Quant à l'état local, aucun renseignement, et pour cause : l'abdomen ne peut être palpé à cause du pan-

sement et, quand on y touche, c'est uniquement pour enlever les points de suture. Il faut donc supposer que la régression s'est produite rapidement et est presque finie au bout de cinq semaines ou un mois. En effet, il est des cas, où la guérison est plus lente ; l'on saisit alors sur le fait les phénomènes que nous avons exposés plus haut.

Ainsi dans la thèse d'Aldibert, le malade de MM. Vinay et Poncet est examiné huit jours après une laparotomie pour ascite, avec épaissement du péritoine ; on observe « une crépitation analogue à celle de l'emphysème sous-cutané », qui persiste encore une semaine. Chez le malade, qui fait l'objet de l'observation IX d'Aldibert, une deuxième laparotomie, pratiquée vingt-neuf jours après la première, montre que les deux feuillets péritonéaux sont soudés par des exsudats gélatiniformes et friables.

Nous pouvons nous arrêter à ces deux exemples, et conclure que la guérison, quelle qu'en soit la cause efficiente, se produit, toujours par le même procédé.

Du reste, les expériences de Gatti nous montrent la guérison suivie presque jour par jour : pendant la première semaine, il se forme dans la cavité un liquide rougeâtre, auquel Gatti attribue des propriétés bactéricides ; nous avons, du reste, vu que lorsqu'on laissait un drain pendant quelques jours, l'orifice laissait écouler les jours suivants une quantité variable de sérosité. Puis, les tubercules régressent macroscopiquement. D'après Naunnotti, deux mois après les laparotomies, les chiens en expérience n'auraient plus trace de tubercules. La guérison histologique est plus longue à venir et demande six à huit mois ; c'est-à-dire, qu'après ce laps de temps l'inoculation des produits jadis tuberculeux reste infructueuse.

Quel est maintenant le processus intime de cette guérison ? Là, nous nous trouvons en présence de discussions : Gatti et Carle en 1894, puis Gatti en 1896, soutiennent qu'ils n'ont jamais constaté d'infiltration d'éléments lymphoïdes, ni de phénomènes

de karyokinèse ; mais il y a dégénérescence des cellules épithélioïdes, et finalement résorption.

De même, Vassilevsky croit qu'il y a diminution des leucocytes, augmentation du tissu conjonctif, ce qui amènerait la résorption des produits de désintégration des tubercules et la disparition des bacilles.

Cette opinion paraît bien difficile à admettre au premier abord. Nous sommes habitués à voir la leucocytose jouer un rôle actif dans les guérisons, et nous ne comprenons guère comment la diminution des leucocytes amène plus facilement la diminution des bacilles et la résorption des produits nécrotiques. Il nous paraît plus logique de nous ranger à l'avis de Kirchensky, de Kolbassenko et de Stehegoleff, qui sont à peu près d'accord pour décrire le processus curatif.

Sous l'influence des différentes actions mises en jeu, les tissus, qui entourent les foyers tuberculeux, s'infiltrant de cellules embryonnaires, qui, après avoir formé une sorte de barrière autour des éléments infectieux, entrent en lutte avec les bacilles et les suppriment. Donc, phagocytose active.

Dans une deuxième phase, les éléments s'organisent, forment du tissu conjonctif, qui, à son tour, subit la transformation fibreuse.

Enfin, plus tard, les éléments spécifiques tuberculeux sont résorbés.

Bien des auteurs, au cours de laparotomies secondaires rapprochées, ont prélevé des fragments tuberculeux, et l'examen leur a montré la même phagocytose. Ceci, du reste, n'est autre chose que le processus de cicatrisation classique ; nous n'avons aucune raison de supposer que la tuberculose péritonéale guérit autrement qu'une maladie quelconque ; cette théorie nous semble donc vraie jusqu'à présent, et en tout cas bien préférable à la première.

Ces phénomènes de phagocytose et de sclérose se trouvent dans les tubercules, avant tout traitement. C'est la réaction

normale de l'organisme contre l'infection ; mais la phagocytose est à peine sensible, la réaction est trop faible pour amener une guérison.

L'action des traitements se manifeste donc seulement par une exagération notable des phénomènes normaux de réaction.

Il ne suffit pas de rechercher comment guérit la péritonite ; nous désirerions savoir pourquoi. C'est une question que se sont posée tous les auteurs qui ont traité de la laparotomie. Plusieurs causes sont invoquées : l'évacuation du liquide, l'action de l'air et de la lumière ; à chacune de ces raisons nous opposerons des faits.

L'évacuation des liquides amène une hyperhémie des organes, qui étaient auparavant comprimés. Mais comment expliquer la guérison dans des formes sèches ? L'action des lavages, des attouchements sur le péritoine est certaine ; mais elle ne porte que sur une faible portion de la séreuse et nous ne pensons point qu'on ait jamais eu la prétention de tuer tous les bacilles de Koch que contient la cavité abdominale ; et combien de laparotomies comptons-nous, où l'on n'a eu recours à aucune de ces manœuvres ? Nous avons, du reste, dit que nous les considérons comme inutiles, sinon nuisibles.

Reste l'action de l'air, de la lumière. Nous avons déjà combattu cette opinion, le bacille de Koch étant aérobic, et seule, la lumière solaire directe ayant action sur les cultures. Mais nous avons mieux : rappelons-nous l'observation 24, où le chirurgien n'a pas pu pénétrer dans le péritoine. Comment voir dans cette guérison l'action de l'air et de la lumière ?

Mais, parmi les diverses raisons énoncées, il nous semble trouver une cause commune, qui peut expliquer tous les cas de guérison.

Que fait la décompression de l'abdomen, suite d'une ponction ? Que fait l'irritation produite par l'injection d'un gaz, d'un produit irritant quelconque ? Que fait, enfin, la laparotomie, c'est-à-dire l'incision, le contact des mains de l'opérateur, les diffé-

rents actes de libération des membranes, l'assèchement ?

Toutes ces manœuvres ont un résultat : hyperhémie considérable de la séreuse, irritation, c'est-à-dire révulsion ; et plus cette révulsion est vive, plus la phagocytose sera abondante, plus les phénomènes normaux de réaction seront activés.

Il nous semble, et c'est également l'avis de Thomson, que nous trouvons là l'explication la plus plausible et la plus générale, que nous puissions donner, des guérisons de la péritonite tuberculeuse.

Notre travail et nos conclusions étaient déjà terminés, lorsque M. Lecène, externe du service, nous a communiqué un compte rendu du Congrès italien de chirurgie (28 octobre 1899), où nous avons trouvé la confirmation de notre opinion. A ce Congrès, M. Ingianni, de Gênes, a rapporté une série d'expériences, dans lesquelles il a étudié l'action d'une péritonite aseptique sur l'infection tuberculeuse.

Une injection d'alcool dans le péritoine produit une péritonite aseptique avec réaction séreuse ; or, si on injecte dans le péritoine de cobayes ou de lapins des produits tuberculeux, les animaux sains succombent rapidement, et les animaux en expérience résistent.

Ingianni confirme, en outre, la supposition de Gatti, en étudiant le pouvoir bactéricide de l'épanchement péritonéal et la rapidité de disparition des bacilles tuberculeux dans ce liquide.

C'est donc bien par l'irritation du péritoine, par la révulsion sur le péritoine, que nous agissons sur la péritonite tuberculeuse.

CHAPITRE IX

Conclusions.

Arrivé au terme de notre travail, il nous reste à le résumer et à conclure.

Mais auparavant, on pourrait nous reprocher de n'avoir pas distingué la péritonite des enfants, de la péritonite des adultes. Si nous ne nous en sommes pas préoccupé, c'est que nous n'avons pas trouvé, dans la marche et le pronostic de l'affection, de différences notables. La péritonite chez l'enfant est, dans chacune de ses formes, plus curable que chez l'adulte. Mais ce n'est qu'une affaire de proportions, et le mode de guérison, le traitement sont identiques dans les deux cas.

Parmi les traitements divers énumérés plus haut, lequel nous semble préférable, et dans quelles conditions allons-nous l'appliquer? Il nous faut, pour cela, étudier successivement l'action de ces traitements dans les trois formes que nous avons décrites au début.

La péritonite miliaire aiguë est, comme toutes les tuberculoses miliaires, excessivement grave, et on ne l'a jamais vue guérir spontanément. Deux laparotomies, citées par Aldibert, sont mortes; mais nous avons relevé dans la thèse de Guillemare trois cas heureux. On avait eu la main forcée, et l'opération avait été commandée dans un cas par des phénomènes d'occlusion, dans les autres par des symptômes d'appendicite. Donc la laparotomie a eu un résultat inespéré; et comme, jusqu'à présent, c'est le seul traitement qui en ait autant à son actif, il nous semble qu'on a le devoir d'y recourir.

La forme caséeuse guérit difficilement par un traitement médi-

cal ; les seuls cas, que nous ayons relevés, sont ceux de deux enfants, cités dans la thèse d'Alleaume, qui ont eu une fistule ombilicale très persistante. Encore n'avons-nous aucun détail sur eux, et ne pouvons-nous vérifier exactement dans quelle catégorie nous devrions les ranger. Quant à faire une ponction pour laver le péritoine, et y injecter de l'air ou un liquide modificateur, nous comprenons que les médecins n'en aient guère eu la tentation. Les lésions trouvées à l'autopsie, ou au cours de la laparotomie, nous montrent qu'on serait presque sûr de léser l'intestin et, en tous cas, de n'agir que sur une minime partie du péritoine.

Reste la laparotomie. La plupart des auteurs ne sont guère satisfaits des résultats, parce qu'ils les comparent à ceux fournis par les cas d'ascite pure. Sans doute, il faut compter que le tiers des malades n'en retirera qu'un profit nul ou très passager. Mais, si l'on réfléchit que ces malades ne doivent pas guérir ; que la laparotomie, faite avec prudence, ne leur fait courir aucun danger (3 p. 100 de mortalité opératoire), il semble que l'on ait le devoir d'intervenir. On n'a pas le droit de priver les malades de cette chance de salut.

Passons maintenant à la forme fibreuse. Nous avons vu que tout pouvait réussir dans les ascites. Depuis l'absence complète de traitement (obs. 2), jusqu'aux laparotomies, en passant par les lavages et les injections modificatrices, tout a été essayé, tout a pu amener des guérisons. Nous avons dit plusieurs fois que nous n'attachions pas grande importance aux statistiques, et par conséquent nous ne donnerons pas de chiffres. Ce qui est certain, c'est qu'on est en droit de temporiser, et de tenter d'abord les traitements médicaux ; d'autant plus que, si des malades ont guéri par la laparotomie, après avoir vainement essayé les autres méthodes, inversement l'observation VII nous montre une laparotomie rester infructueuse, et des soins purement hygiéniques amener plus tard la guérison. La laparotomie n'est, du reste, pas acceptée facilement par tous les malades, souvent pusillanimes. Elle donne cependant des guéri-

sons dans un plus grand nombre de cas ; elle les rend en tous cas plus rapides. La laparotomie est donc préférable, mais elle n'est pas indispensable, et si nous devons la conseiller, nous ne pouvons pas l'exiger. En tous cas, nous ne tirerons aucune contre-indication des autres lésions tuberculeuses ; elles ne peuvent que se trouver bien d'un relèvement de l'organisme, et nous n'avons vu qu'un seul cas, où la laparotomie ait eu sur elles une action néfaste.

Les autres traitements ne nous semblent guère préférables les uns aux autres : les injections d'air, les injections de naphthol semblent d'une efficacité égale. Peut-être les secondes sont-elles plus douloureuses, donnant lieu à une irritation plus vive. Il ne nous est pas démontré qu'elles agissent plus rapidement.

Lorsque l'ascite s'est résorbée, lorsque l'on se trouve en présence d'adhérences fibreuses, faut-il intervenir ? Nous pensons qu'il faut surveiller de très près le malade. L'évolution fibreuse peut parfois s'arrêter et céder la place à des caséifications. Elle peut en tous cas dépasser son but, et exagérer les rétractions. Il est donc indispensable de ne pas laisser l'état général s'affaiblir sans y porter remède. Donc, nous agissons médicalement par des révulsions, par des toniques ; mais, si ces moyens semblent trop faibles, c'est la laparotomie seule qui est indiquée. En effet, du moment que des adhérences multiples se sont formées, les raisons, qui nous ont fait rejeter toute ponction dans les formes caséuses, trouvent leur place ici, et nous en arrivons à conclure :

I. — Dans les péritonites tuberculeuses, on doit intervenir activement, chirurgicalement, et le plus tôt possible, dans la forme miliaire aiguë, et dans la forme ulcéreuse.

II. — La gravité de l'état général, la coexistence de lésions pulmonaires ne sont pas des contre-indications absolues.

III. — Dans les formes fibreuses, on est en droit d'espérer

la guérison. On est donc autorisé à attendre, et à employer les procédés de douceur, les traitements médicaux. La laparotomie, dont les résultats sont du reste plus rapides, nous restera comme ressource en cas d'échec.

IV. — D'une façon générale, le traitement de la péritonite tuberculeuse doit avoir pour but l'exagération des phénomènes normaux de défense de l'organisme. Cette poussée de suractivité fonctionnelle est le résultat des irritations locales, c'est-à-dire de la révulsion, quel que soit, du reste, l'agent irritant que nous mettons en œuvre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abbe.** — *Medical News*, 1^{er} août 1896.
Aldibert. — Thèse Paris, 1892.
Alexandroff. — *Vratch*, 1891, n° 6.
Alibert. — *France médicale*, 1897.
Alleaume. — Thèse Paris, 1893.
Angirany. — Thèse Montpellier, 1896.
Audry. — *Lyon médical*, 1887.
Ausset. — *Écho médical du Nord*, 1898.
Ausset et Bedard. — *Archives d'électricité médicale*, 1899.
Baills. — Thèse Lyon, 1896.
Baylac. — *Soc. médic. hôpit.*, 20 décembre 1896.
Beaussenat. — Thèse Lyon, 1892.
Beck. — *New-York med. J.*, 21 avril 1894.
Beek. — *Therapeutic Gazette*, juin 1895.
Boari. — *Accad. medic. chirur. Ferrara*, 15 décembre 1896.
Boldt. — *Amer. J. of obstet.*, 1891, t. I.
Bompard. — *Union médicale du Nord-Est*, t. III.
Borchegrevink. — Christiania, 1897.
Boulland. — Thèse Paris, 1885.
Bourrigault. — Thèse Lille, 1895.
Brault. — *Gazette des hôpitaux*, 14 juillet 1898.
Braun. — *Berlin. klin. Wochen.*, 6 avril 1891.
Brial. — Thèse Bordeaux, 1897.
Bruen. — *Philadel. county med. Soc.*, novembre 1887.
Bruhl. — *Gaz. des hôpitaux*, 1890.
Brun. — *Soc. de chirurgie*, 23 novembre 1898.
Bumm. — *Ann. de gynec.*, juin 1893.
 — *Berliner klin. Wochen.*, 18 septembre 1893.
Cabot. — *Boston med. surg. J.*, 1887-88-90.
O' Callagham. — *Dublin Jour. of med. Sciences*, 1890.
Carré. — *Assoc. franç. p. l'avancement des sciences*, 1887.
Casati. — *Accad. med.-chirur. Ferrara*, 15 décembre 1896.
Casinari. — *Riforma medica*, 28 février 1894.
Caspersohn. — *Central. f. chirur.*, 1890.
Catrin. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 4 mai 1895.
Ceccherelli. — *Riforma medica*, 1889.
 — *Riforma medica*, août 1892.
Cellier. — Thèse Toulouse, 1896.
De Cerenville. — *Revue méd. de la Suisse romande*, juillet 1892.
Clarke. — *Brit. med. Jour.*, 5 novembre 1887.

- Clavier.** — Thèse Paris, 1895.
Condamin. — *Arch. provinc. de chir.*, novembre 1896.
— *Province médicale*, 25 mai 1895.
Crofford. — *Amer. J. of obstet.*, avril 1894.
Czerny. — *Beiträge z. klin. chir. v. Brunn*, 1890, Bd. VI.
Daclin. — Thèse Lyon, 1897.
Deaver. — *Medical News*, 19 mars 1892.
Demmler. — *Gazette des hôpitaux*, 14 avril 1894.
Desternes. — *Soc. med.-chirur.*, 18 avril 1898.
Alban Doran. — *Brit. med. J.*, 21 octobre 1893.
Ducazal. — *Soc. méd. des hôpit.*, 14 mai 1897.
Dunning. — *Medical Record*, 28 septembre 1895.
Duplay. — *Bulletin médical*, 6 juillet 1898.
Duran. — *Congrès de Moscou*, 1897.
Elder. — *Prov. med. J.*, 1^{er} juin 1891.
Eliot. — *Boston med. J.*, 1890.
Elmassian. — Thèse Paris, 1890.
Fehling. — *Central. f. gynæk.*, 1887.
Fenwich and Pogson. — *Brit. med. J.*, 3 octobre 1891.
Firchou. — Thèse de Breslau, 1898.
Folet. — *Revue de chirurgie*, décembre 1894.
Frees. — *Deutsche med. Wochen.*, 1894, n° 45.
Gabbi. — *Riforma medica*, 13 mars 1897.
Gangolphe. — *Lyon médical*, 12 juin 1898.
Gardner. — *New York. med. J.*, 1890.
Gatti. — *Gior. Accad. med. Torino*, octobre 1896.
Gatti et Carle. — *Riforma medica*, 7 mars 1894.
Grisolle. — *Pathol. int.*, t. I.
Guidotti. — *Rif. med.*, 22 avril 1897.
Guignabert. — Thèse Paris, 1893.
Guillemare. — Thèse Paris, 1898.
Hamill. — *Amer. J. of obstet.*, janvier 1896.
Hartley. — *Leeds and West riding med. chir. Society*, 11 janvier 1889.
Hawkins. — *St-Thomas hosp. Reper*, t. XX.
Hedrich. — *Gaz. méd. Strasbourg*, 1^{er} août 1890.
Hellier. — *Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 2 décembre 1892.
Von Helmrich. — Thèse Bâle, 1892.
Hendrix. — *Ann. Soc. belge de chir.*, 15 déc. 1894.
— *Policlín. de Bruxelles*, 1^{er} septembre 1893.
Hense. — Thèse Munich., 1897.
Herringham. — *S^t Barthol. Hosp. Reper.*, t. XXIX.
Heydenreich. — *Sem. méd.*, 1888.
Hildebrandt. — *München med. Woch.*, 20 décembre 1898.
Hinterberger. — *Wiener klin. Woch.*, 1893, n° 38.
Holme. — *Annals of gyn.*, octobre 1896.
Homans. — *Lancet*, 14 avril 1888.
Huguenin. — *Concours médical*, 3 avril 1897.
Ingianni. — *Congrès de la Soc. ital. de chirur.*, octobre 1899.
Israel. — *Deutsche med. Woch.*, 1897.

- Jaboulay.** — *Médec. moderne*, 11 novembre 1893.
Jalaguier. — *Traité de chirurgie*, t. VI.
John. — *Tubingue* (28 pages).
M. Jordan. — *Beiträge z. Klin. chir.*, livre VIII, Bd 3.
Keetley. — *Lancet*, 1890, t. II.
Kirschensky. — *Central. f. path. Anat.*, 15 novembre 1893.
Kirmisson. — *Congrès de la tuberculose*, 1891.
L. Knaggs. — *London Clin. Soc.*, 11 novembre 1892.
— *Brit. med. J.*, 1887.
Knarpmann. — Thèse de Bonn., 1896.
Koenig. — *Berl. klin. Woch.*, 11 août 1890.
Kolbassenko. — *Gaz. méd. de la Russie mérid.*, 1893, n° 12.
Kuemmell. — *Berlin. klin. Woch.*, 11 août 1890.
Kümmel. — *Central. f. Chir.*, 1887, n° 25.
— *Arch. f. klin. Chir.*, 1888.
— *Med.-chir. central. Wiener.*, 1889.
Labbé. — *Congrès de chirur.*, Paris, 1889.
De Lafont. — Thèse Toulouse, 1893.
Lamandé. — Thèse Paris, 1896.
Largeau. — *Soc. chirur.*, 1888.
Lasserre. — Thèse Paris, 1894.
Lauenstein. — *Central. f. Klin. chir.*, volume XXII, n° 42.
Mac Lauthlin. — *Journ. of amer. med. Assoc.*, 11 juillet 1896.
Lebec. — *Soc. chirur.*, février 1888.
Legueu. — *Sem. méd.*, 10 février 1894.
Lenhart. — *Medical Record*, 26 octobre 1895.
Lenoir. — Thèse Lille, 1895.
Lévi-Sirugue. — Thèse Paris, 1898.
Lindner. — *Deut. Zeit. f. klin. Chir.*, 1892, Bd 34.
Marfan. — *Traitement des maladies de l'enfance*, t. III.
Margarnici. — *Rif. medica*, 1896, n° 35, t. IV.
Marsh. — *Lancet*, 1887, t. II.
Mathis. — Thèse Paris, 1890.
Mauclair. — *Tribune médicale*, 9 février 1893.
Maurange. — Thèse Paris, 1890.
— — Chez Masson, 1899.
Merkel. — *Zeitung f. Geburt.*, t. XXXIX.
Mickulicz. — *Berlin. klin. Woch.*, 22 septembre 1890.
Mixter. — *Boston medi. J.*, 4 mai 1893.
Monnier. — *Revue de clin. et de thérap.*, 11 novembre 1891.
Montaz. — *Dauphiné médical*, 1^{er} mars 1894.
Montgomery. — *Med. council Philadelphia*, 1897.
Mosetig-Moorhof. — *Wiener med. Presse*, 1^{er} janvier 1893.
— — *Wiener med. Presse*, 2 juillet 1893.
M. Murtry. — *Ann. gynéc. Boston*, 1888.
Muselier. — *Gazette médicale*, 1890.
Nannotti. — *Rifor. medica*, 21 juin 1893.
Nannotti et Bacchiocchi. — *Central. f. chir.*, 1895, n° 21.
Naumann. — *Tuberculosis peritonei*. Stockholm.

- Naumann.** — *Nordiskt medic. Ark.*, vol. VI, n° 24.
Nélaton. — *Soc. de chir.*, 1^{er} juillet 1896.
Netter. — *Soc. méd. hôpit.*, 10 mai 1895.
Nolen. — *Berliner klin. Woch.*, 21 août 1893.
Norris. — *Amer. J. of obst.*, août 1896.
Osler. — *John Hopkin's Hosp. Repert.*, février 1890.
Palmer. — *Amer. J. of obst.*, 1896.
Peckam. — *Boston med. surg. J.*, 1894.
Peguriet. — *Nouveau Montpell. médic.*, 30 novembre 1895.
Peterson. — *Amer. j. of obst.*, juillet 1893.
Phocas. — *Méd. mod.*, 3 décembre 1892.
Pic. — Thèse Lyon, 1890.
Picqué. — *Bullet. Soc. chir.*, XIX.
Pinard et Kirmisson. — *Ann. de gynec.*, septembre 1891.
Poncet. — *Lyon médical*, 18 décembre 1892.
— *Mercredi méd.*, 1^{er} février 1893.
Potherat. — *Soc. chirur.*, 30 novembre 1898.
Preindesberger. — *Wiener klin. Woch.*, 11 septembre 1890.
Pribram. — *Präger med. Woch.*, 1887, n° 35.
Quénu. — *Soc. chirurg.*, 23 novembre 1898.
De Quervain. — *Central f. chir.*, 23 novembre 1898.
Reboul. — Thèse Toulouse, 1896.
Rendu. — *Annales de médecine*, 13 juin 1894.
— *Soc. méd. des hôpit.*, 27 octobre 1893. — 2 mars 1894. — 20 décembre 1895.
Revue de la tuberculose.
Richardière. — *Méd. mod.*, 20 décembre 1893.
Richelot. — *Soc. chir.*, t. XVIII, et *passim*.
— *Union médicale*, 3 août 1896.
Rickets. — *Nashville J. of med.*, 1889.
Rispal. — Thèse Toulouse, 1891.
Riva. — *Arch. di clin. med.*, t. XXX.
Robinson. — *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 2 mai 1896.
Robson. — *Brit. med. J.*, 19 mars 1892.
Röersch. — *Revue de chirurg.*, juillet 1893.
Rokitansky. — *Wiener med. Zeit.*, 1887.
Routier. — *Soc. chir.*, 1890.
— *Revue gén. de clin.*, t. XI.
Roux. — *Journal des Praticiens*, 15 juillet 1896.
Rummels. — *Amer. J. of obst.*, août 1895.
Schede. — *Central f. gynæc.*, 1887.
Schmitz. — *St-Petersburg med. Woch.*, 1891.
Schröder. — Thèse Bonn, 1896.
Schwartz. — *Revue génér. de clin.*, 1891.
— *Semaine médicale*, 1892.
Secheyron. — *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1887.
Simon. — *Munchen, med. Woch.*, n° 15.
Siredey. — Thèse Paris, 1883.
Soldani. — *Rifor. med.*, 11 septembre 1891.
Spillmann. — *Revue méd. de l'Est*, 1^{er} novembre 1894.

- Spillmann.** — *Dictionnaire de DECHAMBRE*, art. *Péritonites*.
Stchegoleff. — *Arch. de méd. expériment.*, 1894, t. V.
Strauss et Teissier. — *Congrès de la tuberculose*, 1898.
Subbota. — *Berl. klin. Woch.*, 11 août 1890.
Syms. — *New-York med. J.*, 7 février 1891.
Teissier. — *Lyon médical*, 12 juillet 1896.
Pierre Teissier. — *Congrès de la tuberculose*, 1898.
Teleky. — *Central. f. d. Grenz. d. Med.*, 1^{er} avril 1899.
Terrillon. — *Soc. chirurg.*, t. XVI.
— *Semaine médic.*, 1890.
Thomas. — *Journ. des Praticiens*, 5 septembre 1896.
Thomson. — *Practitioner*, novembre 1895.
Tillaux. — *Bulletin médical*, 24 août 1898.
Truc. — Thèse d'agrégation, 1886.
Tscherning. — *Bibl. für lèger*.
Turazza. — *Rif. medic.*, novembre 1891.
Valenta. — *Wiener klin. Woch.*, 4 mars 1897.
Vallin. — *Bulletin médic.*, 28 septembre 1892.
Vanderlinden. — *Belg. med.*, 1897.
Variot. — *Journ. de clin. infant.*, 1^{er} numéro.
Varneck. — *Gaz. hebdomad.*, 28 mars 1891.
Vierordt. — *Berl. klin. Woch.*, 14 octobre 1889.
Warnek. — *Central. f. Gyn.*, 16 décembre 1893.
— *Wiener med. blatter.*, 16 janvier 1894.
— *La Chirurgie russe*, janvier 1897.
Warth. — Thèse Bonn, 1897.
Wassilewski. — *Arch. des sc. biol. de St-Petersb.*, t. IV.
S. Wells. — *Tumeurs de l'ovaire*, 1883.
Wheeler. — *Boston med. J.*, 11 septembre 1890.
Wherry. — *Lancet*, 5 octobre 1895.
Wiese. — *Laparot. d. périt. tub.*, Kiel, 1890.
Wins. — *Nord médical*, 15 août 1896.
-

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

